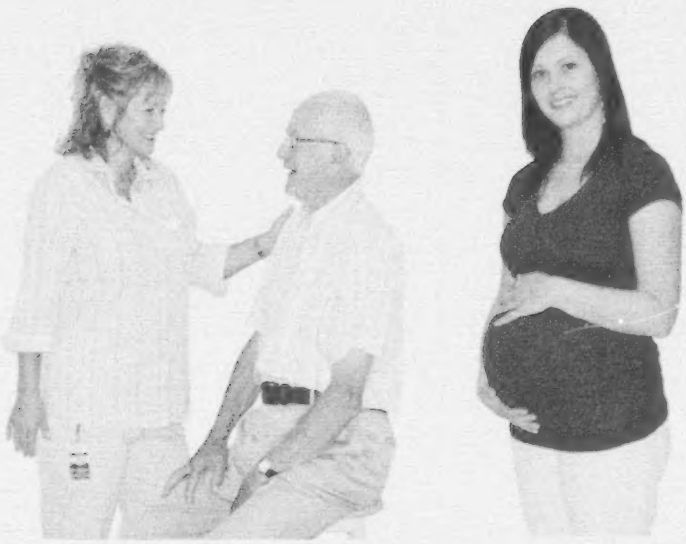
**Rapport annuel de gestion**
du Centre de santé et des services sociaux de La Mitis
**2013-2014**



WWW.CSSSMITIS.CA

LE CSSS DE LA MITIS, C'EST UNE ÉQUIPE DYNAMIQUE, ENGAGÉE ET ORIENTÉE VERS LE CLIENT. UN PERSONNEL VRAIMENT HUMAIN.

*vraiment* HUMAIN

Centre de santé et de services sociaux de La Mitis

# Table des matières


1. Mot du président et de la directrice générale ..... 5
2. Déclarations ..... 7
   2.1 Déclaration de fiabilité des données ..... 7
   2.2 Rapport de la direction ..... 8
3. Présentation de l'établissement ..... 9
   3.1 Les missions et les mandats du CSSS de La Mitis ..... 9
   3.2 Les installations du CSSS de La Mitis ..... 11
   3.3 Les caractéristiques de la population et du territoire de La Mitis et du Bas-Saint-Laurent ..... 12
   3.4 L'organigramme ..... 13
   3.5 Le comité de direction ..... 14
   3.6 Direction des services administratifs (DSA) ..... 15
      3.6.1 Ressources humaines ..... 15
      3.6.2 Ressources matérielles ..... 16
      3.6.3 Ressources financières ..... 16
      3.6.4 Ressources informationnelles, archives et accès à l'information ..... 17
      3.6.5 Services d'hôtellerie ..... 18
   3.7 Direction des services à la communauté et de la santé publique (DSCSP) ..... 19
      3.7.1 Les programmes et les services ..... 19
      3.7.2 Les faits saillants ..... 19
   3.8 Direction des soins infirmiers, des programmes en santé physique et de l'hébergement ..... 21
      3.8.1 Les programmes et les services ..... 21
      3.8.2 Les faits saillants ..... 21
      3.8.3 Les grands changements ..... 22
   3.9 Direction des programmes en déficience physique (DPDP) ..... 23
      3.9.1 Les programmes et les services ..... 23
      3.9.2 Les faits saillants ..... 23
   3.10 Direction des services professionnels (DSP) ..... 25
      3.10.1 Les programmes et les services ..... 25
      3.10.2 Les faits saillants ..... 25
4. Les résultats obtenus ..... 26
   4.1 L'alignement stratégique du CSSS de La Mitis 2013-2015 (tableau synoptique) ..... 26
   4.2 L'entente de gestion et d'imputabilité ..... 28
   4.3 La Loi 100 ..... 31
   4.4 L'agrément ..... 32
   4.5 La sécurité des soins et des services ..... 32
      4.5.1 Application des mesures de contrôle des usagers ..... 32
      4.5.2 Suivi aux recommandations du coroner ..... 32
   4.6 L'examen des plaintes ..... 33
   4.7 L'information et la consultation de la population ..... 34
5. Conseils et comités créés en vertu de la loi ..... 34

5.1 Les membres du conseil d'administration (année 2013-2014) ..... 34
5.2 Conseils et comités sous la responsabilité du conseil d'administration ..... 35
5.2.1 Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ..... 35
5.2.2 Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) ..... 35
5.2.3 Le conseil multidisciplinaire (CM) ..... 37
5.2.4 Le conseil des sages-femmes (CSF) ..... 38
5.2.5 Le comité des usagers et des résidents ..... 39
5.2.6 Le comité de gestion des risques ..... 40
5.2.7 Le comité des bénévoles ..... 41
6. La Fondation ..... 42
7. Les ressources humaines de l'établissement ..... 43
8. États financiers et analyse des résultats des opérations ..... 44
8.1 État des résultats ..... 44
8.2 État des surplus (déficits) cumulés ..... 46
8.3 État de la situation financière ..... 47
8.4 État de la variation des actifs nets (dette nette) ..... 48
8.5 État des flux de trésorerie ..... 49
8.6 Notes aux états financiers - informations nécessaires pour une bonne compréhension de la situation financières ..... 52
8.7 Rapport de l'auditeur indépendant ..... 62
9. État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant ..... 65
10. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ..... 66
Annexe I ..... 77
Annexe II ..... 78
Annexe III ..... 79
Annexe IV ..... 80
Annexe V ..... 81
Annexe VI ..... 82

# 1. MOT DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Fidèle à son historique des dernières années et grâce à la collaboration et en concertation avec vous tous, administrateurs, directeurs, gestionnaires, médecins, employés, bénévoles et partenaires, le CSSS de La Mitis a terminé son exercice de l'année 2013-2014 sous le signe de l'équilibre budgétaire sachant que c'est avec beaucoup de rigueur que nous devrons faire face aux prochaines années. Il faut noter ici que les importants chantiers amorcés en 2012-2013 au niveau de notre redressement en assurance-salaire et de l'élimination du recours à la main-d'œuvre indépendante nous ont largement aidés dans l'atteinte de notre équilibre et de notre santé budgétaire 2013-2014. Ces deux importants dossiers sont désormais bien consolidés dans notre organisation et des mécanismes de vigie sont en place et fonctionnels.

Notre organisation au cours de cette dernière année a connu un changement au sein de la présidence du conseil d'administration. Après quelques17 ans de loyaux et dévoués services en tant que président du CSSS de La Mitis, monsieur Raymond Martel a cédé ses fonctions. Nous avons eu l'occasion de souligner l'importante et significative contribution de monsieur Martel au sein de notre établissement.

Au plan des projets d'immobilisation, nous avons en juin 2013 inauguré le nouveau bâtiment de notre point de service du CRDP à Rivière-du-Loup et avons, dans le cadre d'une autre commémoration, procédé à la nomination de la salle André-Bouffard, en hommage à un collègue qui a grandement contribué à la réalisation du bâtiment sans qu'il n'ait malheureusement pu voir le résultat final. Ce nouveau bâtiment a permis à toutes les équipes de Rivière-du-Loup, jadis dispersées en 4 points différents, d'être désormais hébergées sous un seul et même toit et ce, au plus grand bénéfice de notre précieuse clientèle et de leurs proches.

Toujours au plan des immobilisations mais également en lien avec notre cible ministérielle de devoir maintenir, pour notre réseau local de services, un ratio de 2,7 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus dans La Mitis, notre organisation a connu au cours de la dernière année des changements importants au niveau de la reconfiguration des lits en HSLD. Ainsi, au 1er avril dernier, tel que prévu à notre entente de gestion 2013-2014, les modifications apportées nous ont permis d'atteindre cette cible. Nous avons également, dans cette reconfiguration, regroupé certains profils de clientèle de sorte qu'il y aura maintenant une nouvelle unité prothétique pour la clientèle présentant de l'errance invasive. Combinée à ce grand chantier, notre unité de troubles graves de comportements (UTGC) a vu sa mission régionale transitoire s'actualiser et se consolider en cours d'année puis a vu s'ajouter, avec l'aval du Forum régional de coordination du BSL (Forum des DG) du 17 mars 2014, un autre volet soit la clientèle adulte présentant des problématiques multiples avec troubles de comportements. Pour la réalisation de cette mission régionale d'hébergement transitoire, les lits de l'UTGC sont passés de 21 à 6, et, en lien avec notre plan directeur clinique immobilier, la relocalisation a nécessité des travaux transitoires amorcés en mars 2014.

Au plan organisationnel, notre établissement s'est doté dans la dernière année d'un comité de travail qui avait pour mandat de procéder à la révision de sa planification stratégique 2011-2015, pour en arriver avec un alignement stratégique 2013-2015 contenant désormais un dizaine d'objectifs stratégiques lesquels sont soumis à une évaluation pour bilan annuel. Au préalable de cet exercice, ce même comité de travail avait été mis à contribution pour la révision de nos valeurs organisationnelles qui sont devenues les suivantes : Respect, Compétence, Excellence, Cohérence, Collaboration. Ces valeurs ont été intégrées au plan d'organisation qui avait été adopté en juin 2013. C'est le 10 décembre 2013 que le conseil d'administration a adopté un document intégrateur contenant ces nouveaux éléments et intitulé : *Le plan d'organisation et d'alignement stratégique 2013-2015 du CSSS de La Mitis*.

Toujours au plan organisationnel, nous avons vu, en cohérence avec le plan d'organisation 2013-2015, la naissance et la concrétisation du bureau de la coordination clinique interdisciplinaire (BCCI), dont les principales fonctions pour notre établissement, toutes missions confondues, sont l'implantation d'une culture de mesure et la gestion de nos projets organisationnels. Les activités du BCCI, incluant notamment la mise à jour et la révision de notre tableau de bord organisationnel intégrateur, ont fait l'objet de plusieurs présentations tant en conseil d'administration (CA), qu'en comité de direction (CODIR) et en comité de gestion (COGES) au cours de la dernière année.

Par ailleurs, en juin 2013, notre organisation obtenait l'aval de toute la région sous l'égide du forum régional de la coordination du Bas-St-Laurent pour la consolidation d'un service régional Info-Social de base et c'est le 25 novembre 2013 qu'en conférence de presse, ce service, qui était en expérimentation depuis 2010, a été officiellement lancé. La campagne promotionnelle Info-Social 811-1 s'en est suivie et la population du Bas-St-Laurent peut désormais avoir accès à un service de réponse téléphonique 24/7, 365 jours par année. Nos professionnels répondent à des appels de nature diverse allant de la détresse, aux problèmes conjugaux, à des situations de crise ou encore à du soutien aux proches aidants. Ce service régional est rendu possible grâce à la précieuse collaboration de plusieurs partenaires régionaux incluant notre Agence régionale, tous les établissements du BSL, l'APPUI proches-aidants, le Centre de prévention du suicide, la Bouffée d'air du KRTB, le Centre de prévention du suicide de RDL pour ne nommer que ceux-là.

Nous amorçons le dernier virage d'une planification stratégique ministérielle 2010-2015 avec conviction, courage et réalisme, sachant que les défis des prochaines années nous amèneront à faire preuve de créativité et d'innovation pour poursuivre la réalisation de nos missions et mandats locaux et régionaux comme établissement multi-vocationnel de santé et de services sociaux. Notre organisation devra poursuivre sa traversée en s'adjoignant les acteurs, collaborateurs et partenaires qui lui permettront de se rendre à bon port et nous avons besoin de ce profond engagement de tous et toutes pour y arriver. C'est donc un rendez-vous auquel nous sommes toutes et tous conviés.

En terminant, nous tenons à remercier toutes les personnes et tous les partenaires qui ont, de par leur collaboration, leur travail, leur implication, contribué à l'atteinte de tous ces résultats pour lesquels nous sommes très fiers. Nous offrons un *Merci* spécial aux employés, gestionnaires, directeurs, médecins, bénévoles ainsi qu'aux usagers, à leur famille et à leur proche pour leur confiance et leur dévouement.

Président du conseil d'administration,

Gilles-H. Tremblay

Directrice générale,

Manon Dufresne

Centre de santé et de services sociaux
de La Mitis

Le 30 juin 2014

Madame Isabelle Malo
Présidente-directrice générale
Agence de la santé et des services
sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, 1er étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8

**Objet : Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents**

---

Madame,

À titre de directrice générale du CSSS de La Mitis, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du CSSS de La Mitis :

- ✓ décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- ✓ présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- ✓ présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion, ainsi que les contrôles afférents à ces données, sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Recevez, Madame, mes plus cordiales salutations.

La directrice générale,

Manon Dufresne

MD/sp

Manon Dufresne

Centre de santé et de services sociaux
de La Mitis

Le 30 juin 2014

Madame Isabelle Malo
Présidente-directrice générale
Agence de la santé et des services
sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, 1er étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8

**Objet : Rapport de la direction**

Madame,

Les états financiers du CSSS de La Mitis ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de La Mitis reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Recevez, Madame, mes plus cordiales salutations.

La directrice générale,

Manon Dufresne

Manon Dufresne

Le directeur des services administratifs

Ghislain Bélanger

MD/GB/sp

## 3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le Centre de santé et des services sociaux de La Mitis (CSSS de La Mitis) est un établissement de santé et de services sociaux dont la dénomination lui a été attribuée par l'émission, en 2005, de lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

### 3.1 Les missions et les mandats du CSSS de La Mitis

**Le CSSS de La Mitis** s'articule autour de trois grands volets d'activité, soit les missions de Centre local de services communautaires (CLSC), Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) auxquelles s'ajoutent des activités complémentaires de type hospitalier et des services diagnostiques (urgence mineure, imagerie et biologie médicale).

**La mission CLSC** est d'offrir en première ligne à la population de la MRC de La Mitis, des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion sociale.

**La mission CHSLD** consiste à offrir soins et soutien à la clientèle âgée ou à profil gériatrique de La Mitis afin de maintenir, le plus longtemps possible, son autonomie fonctionnelle dans son milieu de vie naturelle ou en hébergement. S'ajoutent les soins spécialisés pour la clientèle issue du virage ambulatoire à domicile ainsi que des soins complets et coordonnés aux personnes atteintes d'une maladie terminale ainsi que le support aux proches.

La zoothérapie

**La mission CRDP** consiste à dispenser dans toute la région bas-laurentienne des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes qui, en raison de leur déficience physique, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

**À ces missions, s'ajoutent les mandats spéciaux suivants :**

**Le service régional Info-Santé et Info-Social du Bas-Saint-Laurent** est un service de réponse téléphonique qui permet de fournir une évaluation, des services conseils et une orientation à toute personne nécessitant des services de santé physique et de soutien psychosocial. Le centre offre l'assistance des ressources en soins infirmiers ou en service social, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à toute la population du Bas-Saint-Laurent et des appels virtualisés à l'échelle nationale.

Le déploiement du Service Info-social a été officiellement réalisé au cours de la dernière année. Ce mandat régional a été confirmé par l'Agence régionale et par l'ensemble des établissements de santé du Bas-Saint-Laurent.

**La Maison des naissances Colette-Julien** offre aux femmes des MRC de Rimouski-Neigette, de La Mitis, de Matane et de La Matapédia, qui le désirent, les services spécialisés de sages-femmes durant leur grossesse, lors de l'accouchement ainsi qu'un suivi de 6 semaines après la naissance de l'enfant. Ce service est également offert aux mères qui désirent donner naissance à domicile.

**L'unité d'hébergement pour personnes aux prises avec des troubles graves de comportement (UTGC) -** Bien que la vocation du centre d'hébergement soit locale pour l'essentiel des activités, un volet régional d'hébergement transitoire s'adresse à une clientèle adulte ou âgée à profil gériatrique atteinte de troubles de comportement sévères et persistants ou à une clientèle adulte présentant des problématiques multiples avec troubles de comportement. Cette unité compte 6 lits.

**La physiatrie, le traitement des problèmes locomoteurs/douleurs –** Des services de physiatrie ont également été développés au cours des dernières années avec l'arrivée de deux physiatres qui offrent, sur référence, leur expertise spécialisée pour l'ensemble de la population du territoire.

**Les services en langue anglaise –** Soulignons en terminant que le CSSS de La Mitis a été désigné comme établissement devant favoriser l'accessibilité aux services en langue anglaise à la population anglophone de son territoire. En ce qui concerne le Service Info-Santé et Info-Social et les services du CRDP, l'établissement doit s'assurer également que ceux-ci puissent répondre, en tout temps, à la clientèle d'expression anglaise.

## 3.2 Les installations du CSSS de La Mitis

**Installations locales et régionales**

Mont-Joli
Maison des naissances Colette-Julien

Rimouski et Matane
Points de service consultations sages—femmes

Les Hauteurs
Point de service Les Hauteurs

**Ressources intermédiaires**

Price
Pavillon Saint-Rémi

Luceville
Pavillon de Luceville

Mont-Joli
Résidence 4 saisons

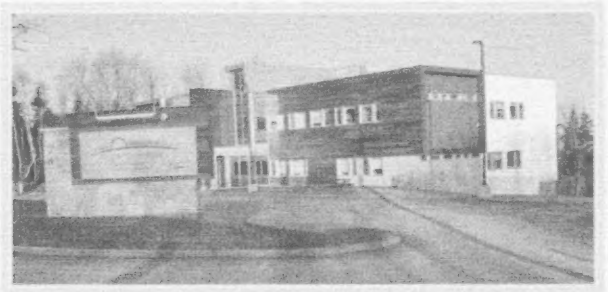
**Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction**

**Points de service :**

Mont-Joli
Réadaptation en déficience auditive, déficience visuelle, déficience motrice et du langage, Service d'aides techniques

Rimouski
Réadaptation en déficience motrice et du langage et en traumatologie

Rivière-du-Loup
Réadaptation en déficiences auditive, déficience visuelle, déficience motrice et du langage et en traumatologie, Service d'aides techniques



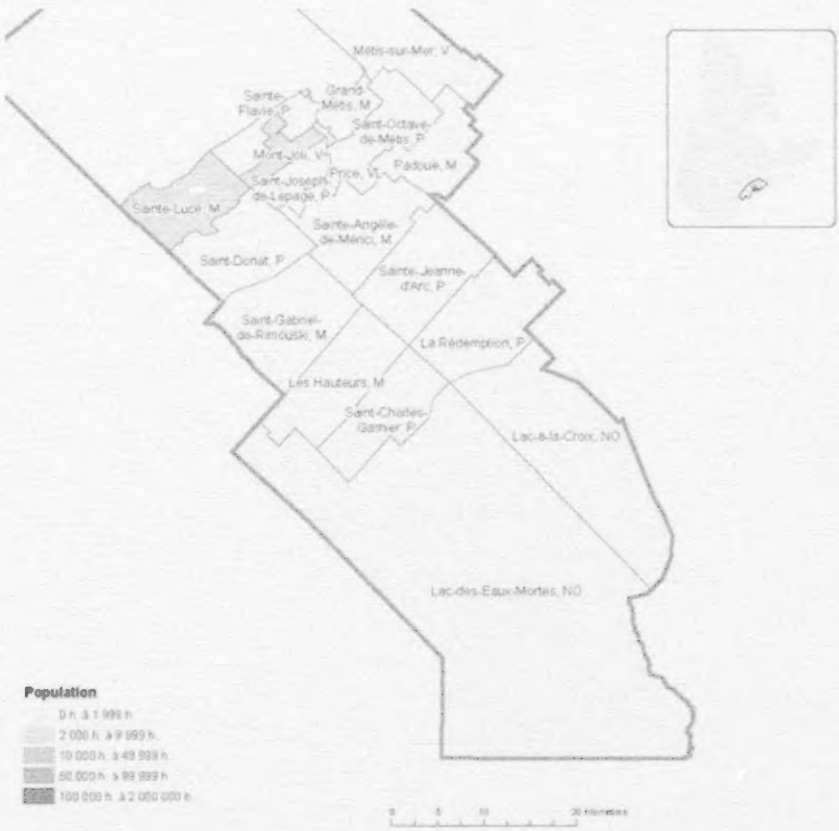
## 3.3 Les caractéristiques de la population et du territoire de La Mitis et du Bas-Saint-Laurent

Situé dans le Bas-Saint-Laurent, le Centre de santé et de services sociaux de La Mitis dessert à la fois toute la région pour certains volets de ses activités, alors qu'il se limite à la population de la MRC de La Mitis pour les autres. La région administrative du Bas-Saint-Laurent, s'étend de La Pocatière à Les Méchins, en incluant les municipalités régionales du comté (MRC) de La Matapédia et du Témiscouata.

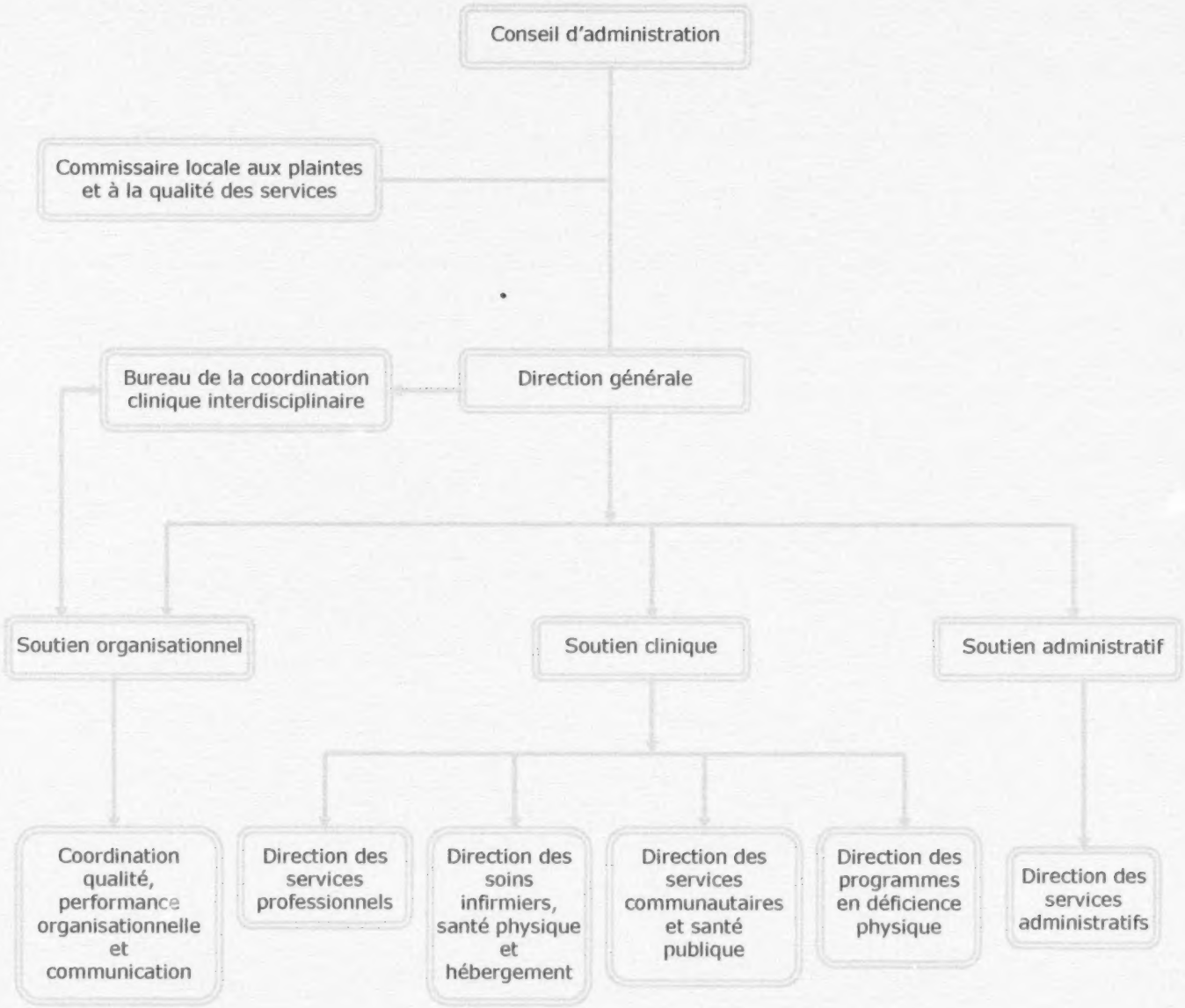
Les caractéristiques géographiques de cette grande région reposent sur des atouts importants; ses nombreux lacs et rivières, ses forêts, ses étendues agricoles et ses facilités de communication en font un milieu où la qualité de vie prime. Ce vaste territoire jouit d'un climat continental humide dû à l'influence de l'estuaire du Saint-Laurent, quoique l'intérieur des terres offre un climat quelque peu différent en raison de l'éloignement du littoral.

La région compte une population de 201 091 habitants répartie sur un territoire de 22 186 km$^2$ et elle est divisée en huit MRC se subdivisant à leur tour en 118 municipalités locales.

Par ailleurs, la MRC de La Mitis regroupe 16 municipalités et compte 19 050 habitants. La population du territoire est relativement stable et les prévisions des prochaines années en termes de fluctuation confirment que le nombre d'habitant ne devrait pas décroître à court terme. Le territoire de La Mitis est adjacent à ceux des MRC Rimouski-Neigette à l'ouest, de Matane et La Matapédia à l'est, et couvre une superficie de 2 286 km$^2$. Le cœur de la MRC est situé à un carrefour routier et ferroviaire important. Son aéroport régional dessert l'ensemble des MRC voisines. Durant la période estivale, certaines municipalités riveraines voient leur population triplée, voire quadruplée. C'est le cas pour Métis-sur-Mer, Sainte-Flavie et Sainte-Luce-sur-Mer avec 4000 personnes qui reviennent chaque été se détendre au son des vagues du majestueux fleuve que l'on appelle aussi la mer.



## 3.4 L'organigramme



## 3.5 Le comité de direction

1ère rangée :

**Mme Jasmine Godbout**, directrice des services à la communauté et de la santé publique

**Mme Louise Dufour**, directrice des soins infirmiers, des programmes en santé physique et de l'hébergement

**Mme Manon Dufresne**, directrice générale

**Mme Martine Murray**, directrice des programmes en déficience physique

**Mme Judith Raymond**, coordonnatrice à la qualité-performance et aux communications

2e rangée :

**Dr Richard Déry**, directeur des services professionnels

**M. Ghislain Bélanger**, directeur des services administratifs

## 3.6 Direction des services administratifs (DSA)

L'exercice financier 2013-2014 constitue la première année d'opération de la nouvelle Direction des services administratifs (DSA) issue de la fusion de la Direction des ressources humaines et de la Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles réalisée en novembre 2012. Des efforts ont été déployés en vue de stabiliser la structure des équipes de travail dans différents secteurs, et ce, toujours dans le souci de consolider et d'optimiser l'offre de service en lien avec le support aux directions cliniques et à la direction générale.

Outre l'aspect organisationnel des services de la nouvelle DSA et des activités quotidiennes de support qu'imposent la réalisation de notre mission en tant qu'établissement de santé et de services sociaux, nous avons entrepris au cours de l'exercice 2013-2014, plusieurs travaux qui auront des impacts à venir sur notre offre de service.

### 3.6.1 Ressources humaines

**Les faits saillants**

La transformation de l'organisation en matière de gestion des ressources humaines a été le grand chantier mené au cours de la dernière année. Ses objectifs visaient à :

- limiter au maximum le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) pour les soins infirmiers. Ainsi, depuis juillet 2013 notre établissement n'a plus recours à la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers;
- réduire notre taux d'assurance salaire par la réalisation d'un plan d'action. Depuis avril 2013, notre ratio en assurance salaire se maintien dans la cible et en deçà. Pour ce faire, nous avons revu :
  - la gouvernance du secteur en santé et sécurité au travail en stabilisant le personnel dans ce secteur d'activités,

- le mode d'évaluation médicale des dossiers en assurance salaire en ayant recours à une expertise spécialisée externe,
- les processus de travail en santé et sécurité au travail, afin qu'un suivi plus rigoureux soit effectué en lien avec nos divers dossiers actifs en assurance salaire;

- soutenir les différentes directions concernées par les projets d'organisation de travail paritaires autorisés par le MSSS. Tous sont en lien avec la révision de nos pratiques de gestion des ressources humaines au sein des équipes de travail dans les différents secteurs de notre organisation, mais plus particulièrement sur les unités de soins dont voici quelques projets :
  - Organisation apprenante (conjointement avec le CSSS de la Baie-des-Chaleurs),
  - CRDP – Mesures d'appoints pendant l'attente d'un premier service et activités préparatoires aux interventions disciplinaires attendues auprès de la clientèle en déficience physique,
  - Organisation du circuit des médicaments à l'interne pour les pharmacies des CSSS (conjoint avec le CSSS de La Matapédia et le CSSS de Matane),
  - Réorganisation de l'offre de service pour des usagers adultes présentant des troubles graves de comportement (TGC),
  - Stabilisation des préposés aux bénéficiaires (PAB) dans notre établissement,
  - Main-d'œuvre indépendante et temps supplémentaire en soins infirmiers au Soutien à domicile (SAD),
  - Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG) (projet régional pour l'ensemble des établissements du Bas Saint-Laurent);
- collaborer à l'élaboration et à la mise en place, pour le prochain exercice financier 2014-2015, à une nouvelle structure de postes et d'équipes de travail en HSLD compte tenu de la révision de l'offre de service en vue de la réalisation du projet régional de l'unité TGC et de l'unité prothétique. Pour ce faire, une réorganisation des unités administratives en HSLD est nécessaire et implique la contribution et l'implication de nos partenaires syndicaux (CSN-Réseau et SIIIEQ) pour la mise en application des nouvelles structures de postes autant pour l'unité administrative en devenir (TGC/Unité prothétique) que les unités actuelles en HSLD (2e sud-3e sud).

### 3.6.2 Ressources matérielles

**Les faits saillants**

**Projets complétés en 2013-2014 :**

- réalisation et révision du plan directeur clinique immobilier (PDCI);
- remplacement du système d'appel de garde à l'Urgence mineure;
- réaménagement complet du service de stérilisation;
- création d'un nouvel aménagement pour le service de dentisterie;
- travaux d'aménagement pour la relocalisation temporaire de l'unité TGC du 3e nord au 4e sud-ouest.

### 3.6.3 Ressources financières

**Les faits saillants**

#### Service de la comptabilité

Dans le respect de l'entente de gestion pour l'exercice financier se terminant au 31 mars 2014, notre établissement présente un équilibre budgétaire, avec un surplus de 584 222 $ (dont 407 285 $ réel pour 13-14). Ce résultat est atteint non sans avoir déployé des efforts constants et assurer une rigueur tout au long de l'exercice financier, et ce, pour l'ensemble des unités administratives de notre établissement.

Également, le MSSS a instauré au fil des ans des efforts d'optimisation, toujours dans le but d'atteindre l'équilibre budgétaire et de réduire la dette. Au cours des trois (3) dernières années, nous avons mis en place des mesures d'optimisation pour un total cumulatif de 1 248 300 $ répartis de la façon suivante :

- 2011-2012 : 134 400 $;
- 2012-2013 : 557 200 $;
- 2013-2014 : 556 700 $.

### Service de la paie

Le CSSS de La Mitis s'est joint à l'orientation régionale visant le regroupement, au CSSS de Kamouraska, des activités en lien avec la paie des employés pour l'ensemble des 11 organisations de la région. C'est ainsi que tout au cours de l'exercice financier 2013-2014 le CSSS de La Mitis a collaboré à divers travaux visant l'actualisation et l'intégration régionale des opérations en lien avec la paie. Selon la planification établie, le CSSS de La Mitis verra, à compter du 25 janvier 2015, ses opérations de la paie intégrées au CSSS de Kamouraska. D'ici là, plusieurs travaux préparatoires et préalables devront être réalisés pour rendre effectif ce transfert de responsabilités pour le prochain exercice financier.

### Service de l'approvisionnement

Le projet de partage de l'expertise d'approvisionnement en biens et services avec le CSSS de Rimouski-Neigette en est à sa deuxième année d'opération. Les bénéfices escomptés au début du projet sont atteints. Nous pouvons affirmer hors de tout doute que cette entente de collaboration a permis au CSSS de La Mitis, non seulement d'optimiser les opérations d'achat de marchandises mais également de réduire les coûts en approvisionnement. Tous les dépôts des secteurs du CSSS de La Mitis ont été aménagés. Les employés du service de l'approvisionnement veillent à la rotation des stocks en maintenant un niveau de marchandises optimum pour éviter la rupture de stock. Conséquemment à cette révision des activités d'approvisionnement, le personnel des unités cliniques n'a pas à commander de fournitures ou à manipuler des marchandises, contribuant ainsi à dégager le temps nécessaire à la réalisation d'activités en lien avec leur domaine d'expertise.

## 3.6.4 Ressources informationnelles, archives et accès à l'information

**Les faits saillants**

### Ressources informationnelles

La Loi 133 sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement a fait en sorte qu'au cours de l'année 2013-2014, le CSSS de La Mitis a élaboré sa planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI), son programme annuel des projets et des activités en ressources informationnelles (PARI) et l'état du suivi des projets (ESP).

Quelques réalisations au cours de la dernière année :

- Gestion Libre de Parc Informatique (GLPI) : consolidation et poursuite de l'intégration d'activités à même ce logiciel libre;
- mise en place de la téléphonie IP et du réseau informatique au CRDP L'InterAction de Rivière-du-Loup;
- déploiement de la version 12 de SIPAD et de la migration de SIGSAT vers ISAT;
- intégration de l'imagerie numérique en dentisterie.

### Service des archives médicales

- Mise en place de l'appariement séquentiel de l'Index patient maître local (IPM) et intégration de notre index local dans l'Index patient maître régional (IPMR).
- Ajout d'un tome au dossier physique de l'usager pour le suivi externe des usagers recevant des services en réadaptation physique.

### 3.6.5 Services d'hôtellerie

**Les faits saillants**

Service alimentaire

- Démarche d'optimisation pour ajuster la main-d'œuvre et les recettes en lien avec la réduction du nombre de lits.
- Standardisation des mets en purée.
- Révision de l'ensemble des recettes pour s'assurer de la standardisation et du rendement.
- Évaluation des pratiques en production alimentaire pour éliminer les tâches improductives, celles qui n'ont pas de valeur ajoutée et trouver des méthodes plus efficaces.
- Mesures mises en place pour contrer la pénurie de cuisinier.

Service d'hygiène et de salubrité

- Démarche d'optimisation pour ajuster les circuits de travail et le nombre d'effectifs en lien avec la fermeture de lits.
- Poursuite des travaux en lien avec l'attribution des zones grises.
- Mise en place d'audits de qualité en lien avec les tâches d'entretien reliées aux zones grises afin de répondre aux exigences d'Agrément Canada.

Service de la buanderie

- Réaménagement de certains équipements afin d'éviter tout risque de contamination croisée.
- Démarche de consolidation d'équipe amorcée.
- Mise en place d'un contrôle de qualité de la literie/lingerie pour retirer de la circulation les produits brisés.

Nutrition clinique

- Collations diététiques personnalisées pour la clientèle diabétique en URFI.
- Réorganisation du travail des techniciennes afin d'apporter un plus grand support à la nutritionniste et répondre aux besoins grandissants des ressources intermédiaires.

## 3.7 Direction des services à la communauté et de la santé publique (DSCSP)

### 3.7.1 Les programmes et les services

- La santé publique.
- L'offre de service psychosocial général.
- Les programmes Jeunesse et Maison des naissances, incluant la santé mentale jeunesse.
- La santé mentale adulte.
- L'offre de service en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED) et en déficience physique (DP).
- Les programmes Soutien à l'autonomie, incluant le programme Centre de jour et la gestion des ententes de collaboration avec les ressources privées pour personnes aînées (RPA).

### 3.7.2 Les faits saillants

#### Saines habitudes de vie

- Déploiement de l'offre de service de l'agent en prévention et promotion des saines habitudes de vie : arrimages avec l'ensemble des services du CSSS de La Mitis, concertation avec La Mitis en forme et en santé, formation des employés de la Résidence du St-Rosaire pour personnes âgées.
- Implantation de « *Ma cour : un monde de plaisirs* » à l'école Norjoli.
- Divers kiosques d'information et de sensibilisation sur une saine alimentation, la prévention des toxicomanies, un mode de vie actif.

#### Immunisation

- Vaccination de 50 % des employés du CSSS de La Mitis.
- Diminution de 7 % du nombre d'usagers atteints d'une infection nosocomiale.

#### Vieillir en santé

- Protocole d'entente entre L'APPUI Bas-Saint-Laurent pour les proches aidants pour aînés et les partenaires de la communauté en vue de développer des services aux proches aidants pour aînés dans La Mitis.

#### Info-Santé

- Augmentation du nombre d'appels répondus : 69 911 appels répondus, soit plus de 5 000 réponses de plus aux citoyens qui se sont adressés à Info-Santé.
- Délai moyen d'attente, entre 2 à 4 minutes.

#### Info-Social

- Déploiement du service de consultation psychosociale téléphonique pour toute la population du Bas-Saint-Laurent.
- Entente de collaboration avec L'APPUI pour les proches aidants pour les aînés par laquelle les proches aidants peuvent avoir accès à une consultation téléphonique en tout temps par l'Info-Social.

#### Services sociaux généraux

- Une activité nommée « Virage 2.0 » fut organisée en collaboration avec des partenaires de la Table 16-30 ans COSMOSS en vue de recueillir les commentaires des personnes de 16-30 ans sur les services qui leur sont ou seraient utiles. Objectif : adapter les services à ce groupe de personnes peu enclines à consulter.

### Santé mentale

- Implantation des groupes d'intervention thérapeutique auprès de personnes vivant avec l'anxiété et la dépression.
- Concertation avec l'UQAR en vue d'expérimenter un programme multidimensionnel en santé mentale.

### Maison des naissances Colette-Julien

- Signature d'une entente entre le CSSS Rimouski-Neigette et le CSSS de La Mitis qui permet aux femmes d'accoucher en centre hospitalier sous les soins d'une sage-femme.
- En matière de sécurité et qualité de service, la Maison des naissances Colette-Julien a reçu un prix de reconnaissance pour avoir finalisé le programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) avec brio.

### En périnatalité et petite enfance

- La mise en place de l'ordonnance collective de l'ictère du nouveau-né pour les infirmières en périnatalité dans le but de dépister l'hyperbilirubinémie, de faire la surveillance et d'assurer le suivi du traitement du nouveau-né. Cela s'inscrit dans le cadre de la démarche LEAN (mars 2011) effectuée au CSSS Rimouski-Neigette afin d'optimiser la trajectoire des soins et des services en périnatalité et répondre aux durées moyennes de séjour au centre hospitalier.
- L'actualisation des ententes des protocoles CPE, places réservées du CSSS.
- L'élaboration d'une entente avec l'organisme C-TA-C, soutien aux pères lors des cours prénataux.

### Chez les 6-17 ans

- Appropriation par le milieu du suivi étroit en jeunesse auprès de la clientèle avec un risque suicidaire : présentation au MSSS-MELS régional; arrimage avec l'école du Mistral dans l'actualisation de la trajectoire et de la diffusion aux partenaires de la communauté (psychologue de la Commission scolaire des Phares, Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent, Sûreté du Québec, chef des services de la protection de la jeunesse à la Mitis, etc.).
- Développement de l'offre de service en soins infirmiers à l'intention de la clientèle du Centre de formation pour adultes.
- Arrimage avec les services de L'Estran et la première ligne en jeunesse.

### Soutien à domicile

- Augmentation de 2 500 heures de prestation de service directe à la clientèle.
- Élaboration d'un protocole d'entente avec Les Bourgeons de La Mitis en matière d'accompagnement aux soins d'hygiène personnelle.
- Soutien au personnel des résidences privées d'hébergement dans leur offre de service aux personnes âgées.

## 3.8 Direction des soins infirmiers, des programmes en santé physique et de l'hébergement (DSISPH)

### 3.8.1 Les programmes et les services

- Urgence mineure.
- Services de santé courant (SSC).
- Accueil, évaluation et orientation en santé physique (AEO).
- Planning et ITSS.
- Services diagnostiques : imagerie et biologie médicale.
- Services de réadaptation première ligne et HSLD.
- Services de physiatrie, rhumatologie et douleur chronique.
- Centrale de rendez-vous.
- Maladies chroniques : diabète, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques, syndrome métabolique, programme en nutrition clinique, programme en kinésiologie.
- Coordination des soins infirmiers soir, nuit et fin de semaine.
- Centrale de stérilisation.
- Programme de prévention et contrôle des infections (PCI).
- Unités d'hébergement en soins de longue durée (HSLD), soins palliatifs et hébergement temporaire : 2 sud, 3 sud et 4 sud.
- Service régional pour troubles graves de comportement : 3 nord.
- Ressources intermédiaires : Price, Luceville et 4 Saisons.
- Gouverne transversale en soins infirmiers.

### 3.8.2 Les faits saillants

#### Mise en œuvre du projet « Organisation apprenante » en soins infirmiers

Ce projet vise à développer une philosophie d'apprentissage dans l'action, de coaching, en favorisant l'implication des apprenants dans des projets, dans la recherche de données probantes, par la conception de vidéos disponibles sur tablettes iPad. Le projet permet aussi de mieux encadrer le processus d'accueil, d'orientation et d'intégration des nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires pour ainsi favoriser une meilleure assurance et confiance des intervenantes, un meilleur accompagnement pendant la période d'intégration et des soins de qualité. Ce projet a aussi pour objectif d'améliorer notre taux d'attraction et de rétention des nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires au sein de l'organisation.

#### Mise en œuvre du projet « Travail d'équipe en HSLD »

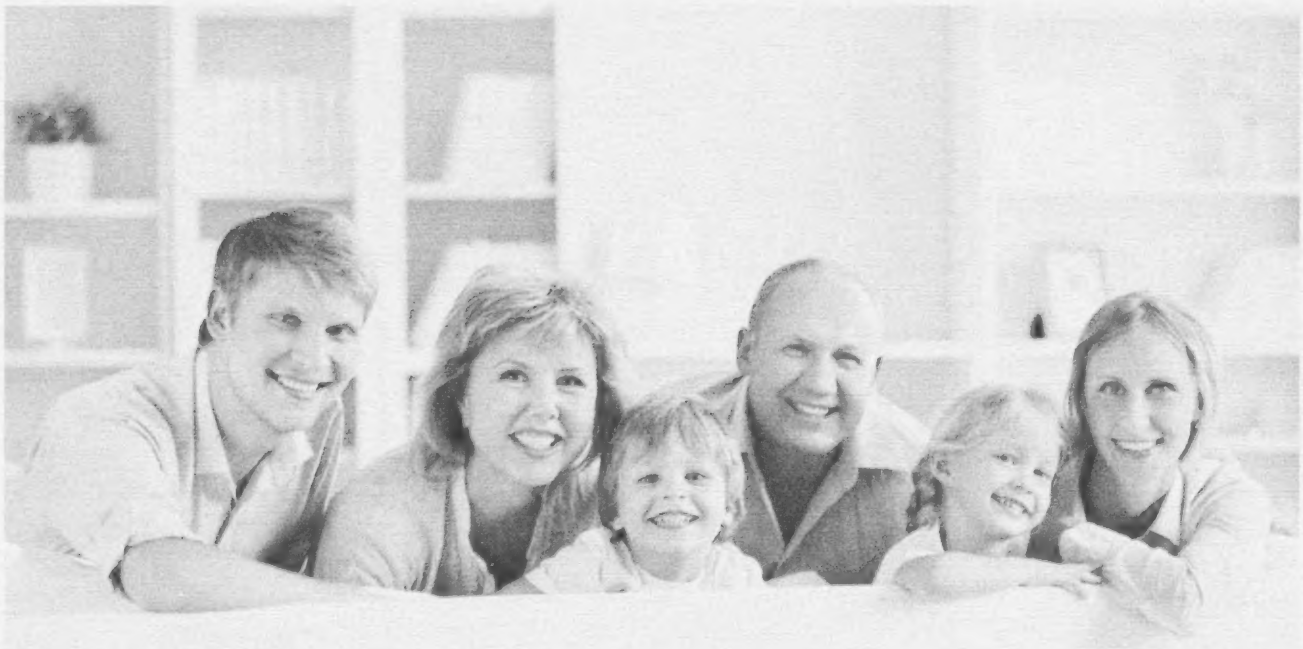
Ce projet vise à favoriser un meilleur climat de travail en HSLD, une meilleure communication, la mise en place d'un processus de gestion de conflits efficace et un travail d'équipe efficient et agréable. Plus de 150 employés ont participé à des ateliers de travail pour définir l'équipe idéale en HSLD et le plan d'action pour atteindre cet objectif. Ce projet poursuit son cours en continue dans l'organisation.

#### Désignation par le Ministère du consortium en douleur chronique au CSSS de La Mitis, CSSS de Rimouski-Neigette et CSSS de Rivière-du-Loup pour le déploiement d'un Centre secondaire en douleur chronique

Le consortium en douleur chronique vise à mettre en place un guichet d'accès unique pour les références en douleur chronique. Ce guichet d'accès permettra une meilleure coordination des références et un accès plus rapide et efficient aux services et aux professionnels en douleur chronique.

### 3.8.3 Les grands changements

- L'abolition du recours à la main d'œuvre indépendante en soins infirmiers.
- Visite de surveillance générale de la pratique des infirmières auxiliaires par le comité de l'inspection professionnelle de l'ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ) en octobre 2013.
- Réaménagement physique et relocalisation de la centrale de stérilisation au rez-de-chaussée sud.
- Développement de l'offre de service régionale pour la clientèle présentant des troubles graves de comportement entérinée par le forum des DG le 17 mars 2014.
- Projet paritaire d'organisation du travail pour l'unité TGC.
- Fermeture des lits de Rimouski-Neigette en HSLD.
- Fermeture de lits de La Mitis en HSLD pour atteindre la cible ministérielle visée à 2,7 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus.
- Projet de rehaussement des compétences en soins infirmiers : formation sur l'examen clinique de l'aîné pour les infirmières en HSLD, SAD, urgence, SSC, maladies chroniques, GMF par des infirmières mentors avec support clinique par mentorat.
- Mise en place d'un comité Milieu de vie visant l'amélioration de l'application de l'approche milieu de vie en HSLD.



## 3.9 Direction des programmes en déficience physique (DPDP)

La Direction des programmes en déficience physique assume la gestion de l'ensemble des services spécialisés de deuxième ligne du Centre de réadaptation L'InterAction, et ce, sur l'ensemble du territoire bas-laurentien.

### 3.9.1 Les programmes et les services

- Accueil-évaluation-orientation (AEO).
- Déficience auditive (DA).
- Déficience visuelle (DV).
- Déficience motrice - enfants (DME).
- Déficience du langage (DL).
- Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI/URFI).
- Évaluation et réadaptation de la conduite automobile (PERCA).
- Adaptation et intégration sociale (AIS).
- Traumatologie.
- Traumatisme craniocérébral léger (TCC).
- Hébergement.
- Les services d'aides techniques (SAT).

Nos professionnels travaillent en équipe interdisciplinaire dans le but de favoriser la réalisation des habitudes de vie de la personne permettant ainsi de diminuer, voire même d'éliminer, des situations de handicap et favoriser une participation sociale optimale. Le CRDP L'InterAction travaille en partenariat avec les huit CSSS de son territoire, l'IRDPQ, la CSST, la SAAQ, les écoles, les milieux de garde, les organismes communautaires et plusieurs autres. Ce partenariat est essentiel afin de répondre aux besoins de la clientèle. Le CRDP L'InterAction est un milieu qui innove et s'inspire des meilleures pratiques dans un souci d'amélioration continue de ses services.

La Direction des programmes en réadaptation physique anime ou siège sur plusieurs comités locaux, régionaux et même provinciaux. Notons quelques exemples :

- Conseil multidisciplinaire du CSSS de La Mitis;
- Table sous-régionale des CSSS de l'Est et maintenant la Table sous-régionale de l'Ouest (continuum en déficience physique);
- Table des directeurs cliniques de l'AERDPQ (Association des établissements de réadaptation en déficiences physiques du Québec);
- Sous-table des gestionnaires en déficience visuelle du Québec et sous-table en déficience motrice - enfants du Québec.

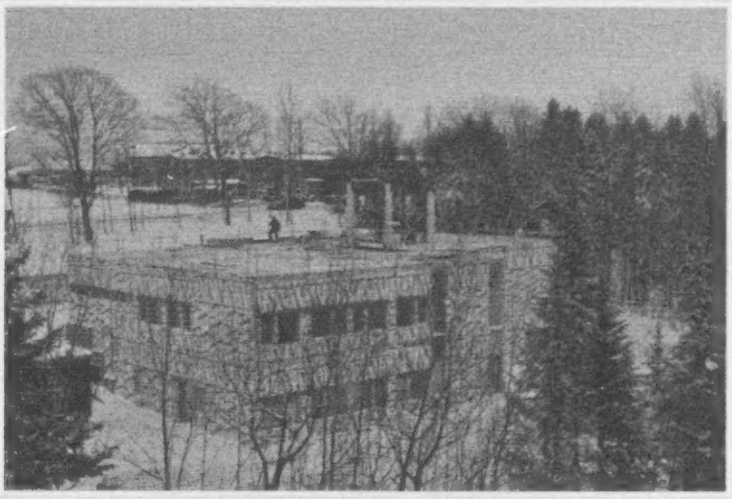
Mentionnons également que les cinq gestionnaires intermédiaires au sein de la Direction participent également à des tables provinciales dans le but de demeurer au fait des orientations, des enjeux et de l'avancement des pratiques. Le maintien et le développement de l'expertise dans un contexte d'évolution rapide des technologies et des pratiques cliniques demeurent des priorités pour notre direction.

### 3.9.2 Les faits saillants

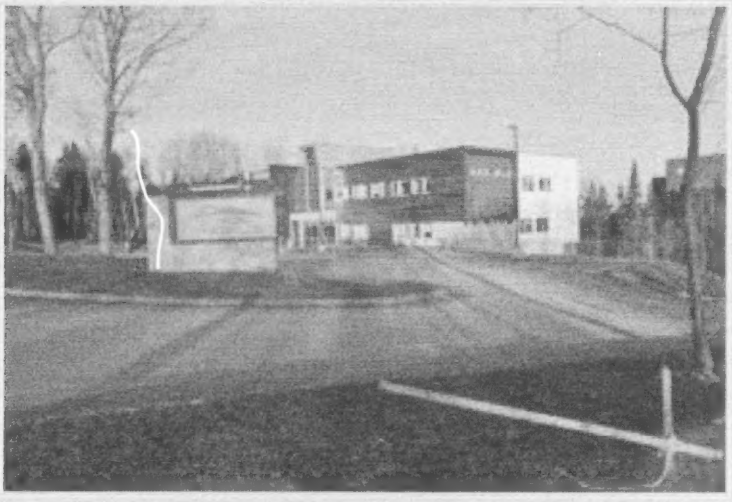
Impossible de passer sous silence le départ de monsieur Bertrand Dion qui était directeur du CRDP L'InterAction depuis une vingtaine d'années. Quel bel héritage il a laissé en juillet dernier! Une tournée des équipes a permis de constater l'engagement des professionnels à offrir des services de qualité et répondant aux besoins, positionnant ainsi la clientèle au centre de leurs préoccupations.

Soulignons également la concrétisation d'un rêve partagé par l'ensemble du personnel de Rivière-du-Loup : un immeuble neuf abritant l'ensemble des services offerts par le CRDP autrefois dispersés sur quatre sites.

L'inauguration s'est déroulée en juin avec la présence de nombreux dignitaires.



Nous désirons souligner le travail extraordinaire de monsieur André Bouffard qui nous a quitté trop tôt pour admirer le fruit de ce projet dont il était si fier. Une salle a d'ailleurs été nommée en son honneur.



Terminons en remerciant les professionnels, coordonnateurs cliniques et coordonnateurs de programmes du CRDP L'InterAction qui ont mis l'épaule à la roue dans la dernière année pour diminuer la liste d'attente. Ces efforts démontrent un fort souci de la clientèle. Une gestion rigoureuse des épisodes de service, un recrutement ayant permis de combler certaines équipes et une réorganisation de certains services sont au cœur de ce succès. À titre d'exemple, le fait d'orienter les besoins de substitution à la communication directement au Service d'aides techniques (SAT) permet à ces clients et à ceux qui attendent d'autres services au programme en déficience auditive d'éviter l'attente.

Au CRDP L'Interaction, les compétences de chacun sont mises à contribution en interdisciplinarité au plus grand bénéfice de la clientèle.

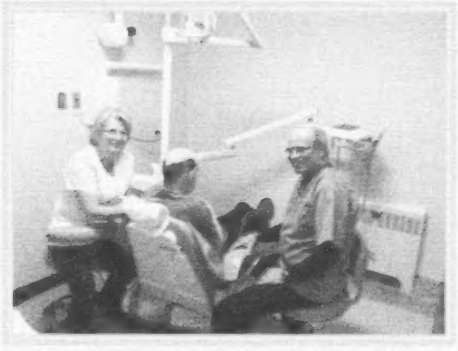
## 3.10 Direction des services professionnels (DSP)

### 3.10.1 Les programmes

- Les services de médecins de première ligne.
- La pharmacie.
- La dentisterie du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis.
- Le CMDP et ses instances.
- Le département de médecine générale.
- Le département de médecine spécialisée.

### 3.10.2 Les faits saillants

D'abord, le renouvellement de l'entente du Groupe de médecine familiale (GMF) en octobre 2013. Le GMF s'approchait alors de la cible de 12 000 équivalents clients inscrits. Au premier avril 2014, cette cible a été atteinte et même légèrement dépassée. De plus, des rendez-vous médicaux sont disponibles les mardis et mercredis en soirée jusqu'à 20 heures et la majorité des médecins impliqués dans le GMF pratique, du moins en partie, selon l'approche dite « accès adapté ». Le guichet d'accès à la clientèle orpheline a référé pas moins de 928 clients, ceci en excluant ceux pris en charge directement par un médecin (autoréférence), pour un total de 1 194 clients additionnels. Bravo!



Mme Odette Roussel, ass. tech. méd. et Docteur Raymond Charest, dentiste

Aussi, l'année 2013-2014 a été témoin du projet de reprise du service de dentisterie au profit de la clientèle âgée et en perte d'autonomie hébergée. Le docteur Raymond Charest, dentiste et chargé de projet, a dirigé le projet de main de maître. Nous avons procédé à la rénovation des locaux, réapprovisionnement, révision des procédures et reprise du service. Ce service s'inscrit actuellement dans un projet pilote visant, à échéance, à faire la démonstration du bien fondé des services dentaires en établissement pour la clientèle hébergée en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Enfin, le département de pharmacie a évolué en 2013-2014 sous le signe de la coopération et de la complémentarité. En effet, l'année a été témoin de l'arrivée de madame Sabrina Tremblay, pharmacienne, engagée pour travailler conjointement dans les trois établissements de l'est du Bas-Saint-Laurent soit les CSSS de Matane, de la Matapédia et de La Mitis.

L'année a aussi porté cette collaboration à un autre niveau par le dépôt puis l'acceptation du Projet d'Organisation du Travail (POT) en pharmacie supporté par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce projet regroupe les trois mêmes établissements. Un chargé de projet a été embauché aussi en commun, de même qu'une autre pharmacienne pour supporter ce projet. Au total, la collaboration Matane, Matapédia, Mitis aura permis de consolider les effectifs en pharmacie (deux pharmaciens utilisés en complémentarité), et ce, tout en évitant le recours à la main-d'œuvre indépendante.

# 4. LES RÉSULTATS OBTENUS

## 4.1 L'alignement stratégique du CSSS de La Mitis 2013-2015 (tableau synoptique)

| Enjeux | Orientations stratégiques | Axes d'interventions | Objectifs stratégiques | Résultats visés (indicateurs et cibles) | Bilan des résultats au 31 mars 2014 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Action concertée sur les déterminants de la santé | 1.1 Intensifier les actions concertées permettant d'agir sur les principaux déterminants de santé et de bien-être | Prévention dans les continuums de services | 1.1.1 Assurer la mise en œuvre d'activités de promotion, prévention et protection du PAL santé publique 12-15 | 1.1.1 86% des actions réalisées au 31 mars 2015 | 1.1.1 Les activités du PAL vont bon train et se réalisent en fonction des échéanciers prévus. Évaluation/questionnaire aux 2 ans, donc l'an prochain |
| | | | 1.1.2 Assurer un leadership et une participation aux tables d'action intersectorielles | 1.1.2 Participation active à 95% des rencontres/année (continu) | 1.1.2 Atteint à 100% Mmes J. Godbout et D. Collin, majoritairement |
| | | L'action intersectorielle | 1.1.3 Intensifier le développement de partenariat intersectoriel en prévention-promotion | 1.1.3 Nb d'activités réalisées avec le leadership de notre CSSS/année | 1.1.3 125 activités réalisées du 31 mars 2013 au 31 mars 2014, dont : 80 en enfance-jeunesse : COSMOSS 0-30 et École en santé ; 15 en adultes : Action communautaire santé mentale, Solidarité inclusion sociale, Violence conjugale et agression sexuelle ; 30 en aînés : Table Vieillissement en santé, Proches aidants, Maltraitance et Environnement favorable |
| 2. La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services | 2.1 Améliorer l'accès aux services généraux de 1re ligne | Services médicaux et infirmiers | 2.1.1 Accroître inscription-accès à un médecin de famille (GMF/Hors GMF) | 2.1.1 80% (EGI) de population inscrite à un médecin pour 2014 | 2.1.1 Réalisation 17 juin 2014 : données disponibles/codage, environ 70% |
| | | | 2.1.2 Accroître la disponibilité d'IPS en soins de 1re ligne | 2.1.2 Embauche de 2 IPS d'ici 2015 | 2.1.2 Annonce le 28 avr. 2014 que notre CSSS pourra recruter une 2ème IPS |
| | | Services psychosociaux | 2.1.3 Offrir une réponse téléphonique rapide en matière d'accès à des services psychosociaux par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24/7 | 2.1.3 Info-social 811 déployé, publicisé 31 déc. 2013 et membre du modèle | 2.1.3 Rédigé : Exercice de performance et efficience du service à venir |
| | | | | 2.1.3 84% (EGI) vs 90 % (PS) des appels répondus en 4 min ou moins d'ici 2015 | 2.1.3 Réalisé : P13 13-14 : 92% en moins de 4 minutes |
| | | Maladies chroniques | 2.2.1 Favoriser la responsabilisation, l'autogestion et la réhabilitation des personnes aux prises avec une maladie chronique en continuum de soins | 2.2.1 Programme « responsabilisation – autogestion et réhabilitation » des personnes en place et fonctionnel d'ici 2016 | 2.2.1 Programme en place et fonctionnel à 100% |
| | 2.2 Assurer une offre de services interdisciplinaires, intersectoriels et continus pour les clientèles ayant des besoins particuliers | | 2.2.2 Assurer le suivi systématique des personnes avec maladie chronique | 2.2.2 Suivi systématique en place d'ici 2015. Usagers vus en clinique d'enregistrement EGI 2014 : 191 MCV, 509 diabète, 36 asthme, 173 MPOC | 2.2.2 P13 : 250 MVC, 301 Diabète (+61 vs 12-13), 36 asthme, 185 MPOC |
| | | Cancer | 2.2.3 Assurer une coordination optimale des soins et services en oncologie pour personnes atteintes d'un cancer et leur famille | 2.2.3 100% des personnes ayant reçues un diagnostic de cancer ont une infirmière pivot attribuée dans un délai de 48 h d'ici 2015 | 2.2.3 100% attribués dans délais de 48 heures suite à la référence. N.B. Médecins et spécialistes ne référeront pas toujours clientèle après Dx |
| | | Jeunes en difficulté | 2.2.4 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont la négligence et les troubles de comportement, selon les orientations jeunes en difficulté | 2.2.4 Programme d'intervention en négligence (P-N) en place d'ici 2015 | 2.2.4 P-N en place oct. 12. Fin module 4 (14-15) nouveau groupe automne |
| | | | | 2.2.4 Augmentation du nb d'usagers suivis en CSSS avec PI ou PSI | 2.2.4 2012-13 : 66 usagers 2013-14 : 89 usagers. Augmentation de 24 et dépassement de la cible annuelle |
| | | Santé mentale | 2.2.5 Assurer aux personnes qui en ont besoin une offre interdisciplinaire de services de 1re ligne en santé mentale | 2.2.5 2 % usagers santé mentale desservis 1re ligne d'ici 2015 (370 (EGI) jeunes et adultes - 2014) | 2.2.5 P13 : 308 (83% de la cible : +45 vs 12-13) |
| | | | 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves | 2.2.6 Cible SIV dans la communauté de 24 usagers pour 2014 | 2.2.6 P13 : 24 personnes desservies. Cible atteinte |
| | | Dépendances | 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de 1re ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique | 2.2.6 Augmentation (EGI) du nb d'usagers avec un PI ou un PSI | 2.2.6 Données P13 N.D. |
| | | | | 2.2.7 Augmentation du nb de jeunes et d'adultes qui reçoivent des services en toxicomanie et en jeu pathologique de 1re ligne en CSSS (EGI-23 - 2014) | 2.2.7 P13 : 39 personnes desservies |
| | | Personnes âgées (SAPA) | 2.2.8 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes vieillissantes en perte d'autonomie (RSIPA) pour notre RLS | 2.2.8 78% ou plus (EGI) du seuil d'intégration pour 2014 | 2.2.8 Atteinte à 66.6% |
| | | | 2.2.9 Favoriser l'adoption en CH et HSLD de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées | 2.2.9 100% (EGI) d'implantation de l'approche générique d'ici 2014 | 2.2.9 89.8% où la planification de l'approche adaptée (AAPA) au 31 mars 2014 à l'urgence mineure |
| | | | 2.2.10 Assurer un continuum de dispensation de services en soins palliatifs de fin de vie en favorisant le soutien à domicile | 2.2.10 Programme disponible et fonctionnel d'ici 2015 | 2.2.10 100% appliqué. +14 usagers (23%) de 2012-13 à 2013-14 (60 à 74). Nb d'interventions diminué de 19 (2.3%) même période (828 vs 809). IPO |
| | | Adaptation de services | 2.3.1 Compléter et maintenir à jour l'inscription des clientèles vulnérables à info-santé/info-social | 2.3.1 100% clientèles vulnérables personnes âgées inscrites d'ici 2015 | 2.3.1 Réalisé à 100% avec 342 enregistrements au statut actif pour le RSL à la P13 2013-2014 |
| | | Consolidation des services de soutien à domicile | 2.3.2 Assurer le respect du cadre régional des critères d'admissibilité en AMONT de l'HSLD | 2.3.2 Atteinte du ratio de 2.7% ihs/100 personnes âgées de 65 ans+ RLS Mitis-2014. 2.3.2 Prévention et maintien des profils iso de 9 ou + en HSLD | 2.3.2 Respect au 31 mars 2014 pour le ratio de 2.7. Chantier du relocalisation selon les profils de clientèle actif depuis sept 2013 + Téléhttp |
| | | | 2.3.3 Assurer une offre globale de maintien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants | 2.3.3 Atteinte de 3001 heures directes de service en SAD longue durée dont 500e heures d'optimisation et 2055 heures de développement pour 2014 | 2.3.3 Augmentation de 3 699 HTS ou 28 % entre 2012-2013 et 2013-2014 (23 177 vs 26 876). Effort à poursuivre mais améliorations et impact visibles |
| | | | | 2.3.3 100% CEMC (Milieux HSLD-RI-SAD) 31 déc. 2013 et audités | 2.3.3 Réalisé à 100% au 31 décembre 2013. Pérennité en développement |
| | | Diversification et hiérarchisation des ressources communautaires | 2.3.4 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes | 2.3.4 Augmentation et hiérarchisation des places en ressources résidentielles de proximité dans La Mitis d'ici 2015 | 2.3.4 Chantier RCCI hébergement dans La Mitis actif depuis 23 sept. 2013, poursuivant activités : Plan d'action RCCI Hébgt à écrire d'ici 12 sept. 14 |

*Alignement stratégique du CSSS de La Mitis 2013-2015 - Direction générale. Adopté par le conseil d'administration du 10 décembre 2013*
*Bilan de l'Alignement stratégique du CSSS de La Mitis 2013-2015 au 31 mars 2014 - Direction générale, déposé et adopté au conseil d'administration de juillet 2014*

| Enjeux | Orientations stratégiques | Axes d'interventions | Objectifs stratégiques | Résultats visés (indicateurs et cibles) | Bilan des résultats au 31 mars 2014 |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. Un délai raisonnable pour l'accès aux services | 3.1 Assurer l'accès aux services dans des délais raisonnables | Services sociaux et de réadaptation | 3.1.1 Assurer aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services requis dans les délais établis (priorité urgente, élevée, modérée) | 3.1.1 Atteinte de 90%/cp des cibles au plan d'accès jusqu'en 2015<br>3.1.1 70% HPS/HAP de services spécialisés en CRDP d'ici 2014 | 3.1.1 1re ligne atteinte 100%, 2ième ligne atteintes 97% modérée, 94% élevée<br>3.1.1 Atteinte et dépassement de la cible (65%) |
| | | | 3.1.2 Signer des ententes formelles avec les partenaires toutes missions | 3.1.2 80% d'ententes nouvelles avec partenaires d'ici 2015 (vs 2012) | 3.1.2 Atteinte |
| | | Médecine générale (incluant GMF) | 3.1.3 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire, cancer ou maladie chronique les services dans les délais établis | 3.1.3 Maladies cardio-vasculaire et maladies : selon délais établis<br>3.1.3 Cancer : 90% traités à l'intérieur de 28 jrs | 3.1.3 Suivis systématiques effectués dans les délais établis<br>3.1.3 90% cancers traités < 28 jours ; traitements centre de cancer RN |
| | | | 3.1.4 Augmenter les plages horaires sans rendez-vous (SRV) et d'heures défavorables en GMF | 3.1.4 Augmentation des plages SRV et heures défavorables en GMF en 2014 et 2015<br>72% (EGI) vs 70% (PS) des médecins sont en GMF d'ici 2014 | 3.1.4 Hres défavorables : GMF : mardi-mercredi ad. 20h depuis janv. 14 Urgence contribue aussi. AdvancedAccess: 94.4% médecins en GMF |
| | | Urgence mineure | 3.1.5 Augmenter la promotion des services alternatifs en amont de l'Urgence mineure | 3.1.5 Augmentation de la promotion des alternatives, à l'Urgence (SRISIS, IPS, pharmacies et cliniques privées dans la communauté, etc. ...). | 3.1.5 Voir 3.14 volet médical. Clinique RV dirigée ½ journée/ semaine, procédure de réorientation des P5 lors de débordement à l'Urgence mineure. |
| | | Santé mentale | 3.1.6 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécifiques de 1re ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jrs et aux services spécialisés de 2ième et de 3ième ligne à l'intérieur de 60 jrs | 3.1.6 Atteinte de 90% (PS) des personnes dont les services ont débuté selon les délais établis d'ici 2015 | 3.1.6 31 personnes en SM en social. 36 personnes en psychologie |
| | | Services médicaux spécialisés (références) | 3.1.7 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille | 3.1.7 Mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes en place pour conditions subaiguës ou semi urgente et référées par un médecin de famille d'ici 2015 | 3.1.7 Entente GMF précise modalités d'accès aux services diagnostics. Protocoles d'accueil clinique du CSSS RN ont été mis en place ici facilitant l'accès spécialistes sur référence omni pour certaines conditions cliniques. |
| 4. La qualité des services et l'innovation | 4.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et services aux usagers | Démarche intégrée de la qualité | 4.1.1 Élaborer et diffuser une politique en démarche intégrée de la qualité | 4.1.1 Politique de démarche intégrée de la qualité en place et fonctionnelle | 4.1.1 Réalisé à 100%. Comité en place et fonctionnel depuis 2012 |
| | | Prévention des infections nosocomiales, intégration et circulation de l'information clinique | 4.1.2 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis | 4.1.2 Taux annuel d'infections nosocomiales inférieurs au seuil établi | 4.1.2 Pas de taux HSLD-URFI établis. 12-13 et 13-14 : 4 clients/an qui ont eu une infection nosocomiale (dont 1 en URFI en 13-14) : SARM et GD |
| | | | 4.1.3 Assurer l'implantation et l'utilisation des dossiers médicaux électroniques dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés dans l'établissement en prévision au dossier santé Québec | 4.1.3 DME implanté et fonctionnel d'ici 2014<br>4.1.3 DCI implanté et fonctionnel d'ici 2014<br>4.1.3 DSQ implanté et fonctionnel d'ici 2015 | 4.1.3 DME : Déploiement prévu automne 2014-hiver 2015<br>4.1.3 DCI : Participation aux travaux régionaux. Appel d'offre automne 2014<br>4.1.3 DSQ : Déploiement prévu sept. 2014 travaux préparatoires en cours |
| | | Agrément | 4.1.4 Assurer le déploiement et le suivi de notre PTPARI, PAPI et BARI | 4.1.4 PTAPIR, PAPI et BARI en place, conformes et fonctionnels | 4.1.4 PTPARI : Plans révisés soumis selon calendriers régionaux et ministériels |
| | | | 4.2.1 Assurer notre conformité et accréditation à Agrément Canada tel que requis par la loi et suivre les recommandations au plan d'amélioration 12-15 | 4.2.1 Certification reçue et conforme pour exercice 2012-2015<br>4.2.1 100% des suivis au plan d'amélioration Agrément 2012-15 effectués | 4.2.1 Certification reçue<br>4.2.1 Réalisé 100% |
| | 4.2 Viser l'excellence et l'innovation | | | | |
| 5. L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines | 5.1 S'assurer de la disponibilité et l'utilisation optimale d'une main-d'œuvre qualifiée répondant aux besoins de notre organisation | Disponibilité de la main-d'œuvre (employés, médecins, cadres) | 5.1.1 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre local de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles | 5.1.1 Plan de MO produit, mis à jour annuellement, déposé en CODIR, CA et à l'Agence (EGI) | 5.1.1 PMO soumis à l'Agence en sept. 2013 pour les années 13-14, 14-15, 15-16. PMO au 31 mars 2014 à déposer CA et envoyer à l'Agence 30 sept. |
| | | | 5.1.2 Assurer l'utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des équipes à réaliser une démarche efficiente de révision des processus de soins et de services et de reorganisation du travail | 5.1.2 Augmentation du nb de projets de révision de l'organisation du travail d'ici 2015 | 5.1.2 Réalisé : 9 projets en cours au BCCI en 2013-2014 |
| | | | | 5.1.3 Atteinte de 3.59% hres supplémentaires (EGI) en soins infirmiers-2014 | |
| | | | 5.1.3 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité | 5.1.3 Atteinte de 2.45% hres supplémentaires (EGI) personnel réseau-2014 | 5.1.3 Réalisé à 3.66% donnée P13 (98% de la cible) |
| | | | | 5.1.4 Atteinte de 4.76% de MOI pour les infirmières (EGI) - 2014 | 5.1.3 Réalisé à 1.71% donnée P13 (100% de la cible) |
| | | | 5.1.4 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique | 5.1.4 Atteinte de 2.37% de MOI pour les infirmières auxiliaires (EGI) - 2014 | 5.1.4 Réalisé à 0.47% donnée P13 (cible largement dépassée) |
| | | | | 5.2.1 Atteinte du 6.72% HAS/HT (EGI) - 2014 | 5.1.4 Réalisé à 0% donnée P13 |
| | | Rétention et bien-être | 5.2.1 Réduire le ratio entre le nb d'heures en en assurance-salaire sur le nb d'hres travaillées dans toute l'organisation | | 5.2.1 Réalisé à 6.49% donnée P13 2014 (cible atteinte) |
| | 5.2 Offrir des conditions d'exercices stimulantes et valorisantes | | 5.2.2 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être en s'appuyant le modèle Planetree | 5.2.2 Démarche réalisée, en posture d'ancrage et d'amélioration continue d'ici 2015 | 5.2.2 Démarche vers designation Planetree à amorcer en corrélation et après Agrément 2015 |
| | | | | 5.2.3 Réalisation d'un projet d'organisation apprenante par secteur par année en place et fonctionnel d'ici 2015 | |
| | | Projets novateurs et porteurs pour l'organisation | 5.2.3 Mettre en place un programme de soutien à la relève de type organisation apprenante | 5.2.4 Démarches de Mutualisation : PAB réalisée 2013-2014; Soins infirmiers réalisée 2014-2015; Réadaptation réalisée 2014-2015 | 5.2.3 Réalisé : Projet d'organisation apprenante en soins infirmiers |
| | | | 5.2.4 Assurer la Mutualisation optimale et efficiente de la main-d'œuvre préconisant la stabilité des équipes de travail de nos secteurs névralgiques | | 5.2.4 PAB réalisée phase 1 jusqu'en janvier 2014. Rehaussement se poursuivra l'automne 2014. |
| 6. Une gestion performante et une gouvernance imputable | 6.1 Améliorer de façon continue notre performance organisationnelle* | Culture de mesure et de performance | 6.1.1 Mettre en place le bureau de la coordination clinique interdisciplinaire (BCCI) et développer des indicateurs et tableaux de bord nous permettant de mesurer notre performance organisationnelle* | 6.1.1 BCCI en place et fonctionnel<br>6.1.1 90% des personnes visées formées LEAN selon le plan d'ici 2015 | 6.1.1 Rodage à 40% dans son implantation<br>6.1.1 Cohorte de 9 personnes en formation actuellement : 100% cible |
| | | | | 6.1.1 Augmentation du nb d'indicateurs et de tableaux de bord intégrés développés et diffusés d'ici 2015 | 6.1.1 +110 indicateurs (56 à 166 propositions incluant listes et bases d'attente (24) en développement) ; +4 TBo (1 à 5 propositions excluant TboIdmaction (6) |
| | | Optimisation de l'utilisation des ressources, Responsabilités et règles de gouvernance | 6.1.2 Mettre en œuvre des projets structurants d'optimisation de l'utilisation des ressources générales et grand de performance organisationnelle* | 6.1.2 2 projets d'optimisation (catégo>1) suivis via le BCCI mutualisation | 6.1.2 Cat 1 : Transformation "offre de service, hébergement, reconfiguration HSLD et transformation UTGIC" |
| | 6.2 Assurer une gouvernance imputable | | 6.2.1 Équilibre budgétaire et le maintien des services | 6.2.1 Équilibre budgétaire respecté sur une base annuelle (EGI) | 6.2.1 Réalisé au 31 mars 2014 avec surplus de 407 285$ |
| | | Processus cliniques ou administratifs | 6.2.2 Assurer la mise en place et à jour de politiques-règles de gouvernance assurant l'imputabilité du CA et le plein exercice du rôle de ses membres | 6.2.2 Développement ou mise à jour de 5 politiques et règles de gouvernance/année | 6.2.2 Réalisé |
| | | | 6.2.3 Développer des processus assurant que l'organisation se gouverne comme il se doit dans tous secteurs (cliniques, administratifs, financiers, etc.) | 6.2.3 Développement ou révision de 3 processus cliniques ou administratifs ( de type LEAN toutes catégories du BCCI) année | 6.2.3 1 projet terminé, 2 projets en cours, 4 projets à venir au BCCI 2013-2014 |

* La performance organisationnelle concerne autant le volet de la performance clinique (qualité, accessibilité, continuité, etc.), la performance administrative que la performance financière, etc. de l'organisation, que la productivité pour ne nommer que ces aspects.

## 4.2 L'entente de gestion et d'imputabilité

# Tableau de Bord Organisationel (TBO)

**Ententes de Gestion et d'Imputabilité et planification stratégique**

**Année financière 2013-2014**

**Après la période 13 (se terminant le 31 mars 2014)**

| Statut | |
|---|---|
| Cible atteinte | + |
| Atteinte à la cible de 90 % à 99.99 % | -+ |
| Atteinte à la cible moins de 90 % | - |
| Aucune cible | n/a |

| | |
|---|---|
| Entente de gestion et d'imputabilité (EGI) | GRIS |
| Conseil d'administration (CA) | GRAS |

Données extrapolées pour projection annuelle

**Période : 13 — Après la période 13 (se terminant le 31 mars 2014)**

| N° | EGI | Directions et indicateurs / Période | Résultats 2012-2013 | Résultats 2013-2014 | Cibles Annuelles | Écarts Cibles | Écarts Années | Statut Évaluation Atteinte + Non atteinte - | Statut Pourcentage Atteinte à la cible | Bilan des résultats au 31 mars 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 13 | 13 | | | | | | |
| | | **Direction des services professionnels (DSP)** | | | | | | | | |
| **S.20** | **1.09.27-PS** | **Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille** | **sondage** | **sondage** | **80%** | **n/a** | **n/a** | **n/a** | **n/a** | Donnée disponible par sondage? |
| S.30 | 1.09.25-PS | Nombre total de GMF implantés | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | + | 100% | GMF : atteinte de la cible de 12000 inscriptions, aménagement d'heures défavorables, implantation d'Advance Access. |
| S.40 | | Soutenir l'intégration des professionnels autres que les médecins et les infirmières dans les GMF | 0 | 0 | Nombre de professionnels intégrés GMF | 0 | 0 | | 0% | |
| S.50 | 1.09.26-PS | Pourcentage des médecins de famille œuvrant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en GMF (ou équivalents) | 94,1% | 94,4% | 72,0% | 22,4% | 0,3% | + | 131% | |

**Période : 13 — Après la période 13 (se terminant le 31 mars 2014)**

| N° | EGI | Directions et indicateurs / Période | Résultats 2012-2013 | Résultats 2013-2014 | Cibles Annuelles | Écarts Cibles | Écarts Années | Statut Évaluation Atteinte + Non atteinte - | Statut Pourcentage Atteinte à la cible | Bilan des résultats au 31 mars 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 13 | 13 | | | | | | |
| | | **Direction réadaptation (DR)** | | | | | | | | |
| **R.20** | **0** | **HPS (hres de prestation de service) / HAP (hres d'activités professionnelles)** | **77,3%** | **75,0%** | **70,0%** | **5,0%** | **-2,3%** | + | **107%** | Performance attribuable aux interventions de groupe de même qu'aux services professionnels intensifs en réadaptation fonctionnelle (URFI/RFI). |
| **R.30** | **1.45.45.00-PS** | **Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (global)** | **85,2%** | **85,3%** | **90,0%** | **-4,7%** | **0,1%** | -+ | **95%** | |
| R.30.1 | 1.45.45.02-PS | Priorité urgente (3 jours) | n/a | n/a | 90,0% | n/a | n/a | n/a | n/a | Absence de demande 2013-2014. |
| R.30.2 | 1.45.45.03-PS | Priorité élevée (90 jours) | 84,1% | 84,4% | 90,0% | 5,6% | 0,3% | -+ | 94% | Nombre de clients en légère augmentation par rapport à l'an dernier, de 1759 à 1787. Diminution considérable de la liste d'attente, de 208 client à la P11 de l'an dernier à 135 à la même période cette année avec aucun impact sur le % de respect du plan d'accès considérant qu'une fois dépassé, le résultat de non-respect demeure. Absence de professionnels clés dans certaines équipes. A titre d'exemple: absence |
| R.30.3 | 1.45.45.04-PS | Priorité modérée (1 an) | 86,6% | 87,2% | 90,0% | -2,8% | -1,4% | -+ | 97% | Idem ci-haut. |

**Période : 10 — Après la période 10 (se terminant le 11 janvier 2014)**

| N° | EGI | Directions et indicateurs / Période | Résultats 2012-2013 | Résultats 2013-2014 | Cibles Annuelles | Écarts Cibles | Écarts Années | Statut Évaluation Atteinte + Non atteinte - | Statut Pourcentage Atteinte à la cible | Bilan des résultats au 31 mars 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 13 | 10 | | | | | | |
| | | **Direction des soins infirmiers, santé physique et hébergement (DSISPH)** | | | | | | | | |
| | | ***Santé physique*** | | | | | | | | |
| H.90 | 0 | Maladie cardiovasculaire (MVC) : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignements | 208 | 250 | 191 | 59 | 42 | + | 131% | P13 à 250 usagers rejoints. |
| H.100 | 0 | Diabète : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement | 237 | 301 | 500 | -199 | 64 | - | 60% | P13 à 301 usagers rencontrés. Augmentation des références. Pas de liste d'attente. |
| H.110 | 0 | Asthme : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement | 29 | 35 | 38 | -3 | 6 | -+ | 92% | P13 à 35 usagers. Augmentation des références, cible presque atteinte. |
| H.120 | 0 | MPOC : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement | 182 | 185 | 173 | 12 | 3 | + | 107% | P13 à 185 usagers. Cible dépassée. |

| | | | Période : 13 Après la période 13 (se terminant le 31 mars 2014) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Directions et indicateurs | Résultats | | Cibles | Écarts | | Statut | | Bilan des résultats au 31 mars 2014 |
| | | Période | 2012-2013 | 2013-2014 | Annuelles | Cibles | Années | Évaluation | Pourcentage | |
| N° | EGI | | 13 | 13 | | | | Atteinte + Non atteinte - | Atteinte à la cible | |
| | | **Direction des services communauté et santé publique (DSCSP)** | | | | | | | | |
| | | ***Services généraux*** | | | | | | | | |
| P.10 | 1.02.02-EG1 | Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC) - Adultes | 134 | 257 | 210 | 47 | 123 | + | 122% | |
| P.20 | 1.02.03-EG1 | Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC) - Adultes | 4,01 | 2,89 | 3,86 | -0,97 | -1,12 | - | 75% | S'explique en partie par la nature des demandes : situations qui requerraient moins d'interventions, d'où il fut possible de desservir 58 usagers de plus. Ex.: interventions/IVG = 1 seule intervention/usagère. |
| **P.30.2** | **1.01.04-PS** | **Pourcentage d'appels traités Info-Social** | **82,0%** | **94,0%** | **90,0%** | **3,0%** | **28,2%** | + | **103%** | Équipe en stabilisation et maturation. Au 23 janvier 2014 : ajout 1.4 ETC de soir, afin de répondre rapidement aux appels. Maintien et bonification du modèle : 1ère année d'existence. |
| P.30.3 | 1.02.05 | Mise en place d'un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux | | Maintien du modèle | Maintien du modèle | | | + | 100% | |
| | | ***Dépendances*** | | | | | | | | |
| **P.40** | **1.07.05-PS** | **Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique** | **21** | **39** | **23** | **16** | **18** | + | **170%** | Pas de liste d'attente. |
| | | ***Santé mentale*** | | | | | | | | |
| **P.50** | **1.08.05-PS** | **Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) pour des adultes (nombre moyen qui ont reçu ces services)** | **6** | **24** | **24** | **0** | **18** | + | **100%** | |
| **P.60** | **1.EE.04-PS** | **Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1ère ligne en CSSS (mission CLSC)** | **260** | **308** | **370** | **-62** | **48** | - | **83%** | Explication : Toujours un psychologue en moins dans l'équipe, malgré tout avec les mesures supplétives d'ajout en heures travail social, nous avons réussi à augmenter le volume 13-14. |
| P.70 | 0 | Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux graves pour lesquels il existe un PI ou un PSI | 0 | 0 | Augmentation | 0% | 0% | | 0% | ND |
| | | ***Jeunes en difficultés*** | | | | | | | | |
| **P.80** | **0** | **Nombre d'usagers suivis en CSSS pour lesquels il existe un PI ou un PSI** | 65 | 87 | 66 | 23 | 24 | | 132% | |
| P.90 | 1.06.01-EG1 | Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) suivis en CSSS (mission CLSC) | 272 | 245 | 322 | -77 | -27 | - | 76% | |
| P.100 | 1.06.02-EG1 | Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC) | 6,93 | 7,46 | 7,33 | 0,13 | 0,53 | + | 102% | |
| **P.140** | **1.06.10** | **Mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace** | | **Programme en place** | **Programme en place** | | | + | 100% | |
| | | ***SAPA*** | | | | | | | | |
| **P.170** | **1.03.05.01-PS** | **Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendu à domicile en CSSS mission CLSC - Augmentation totale de 3 001 heures vs 2009-2010 (inclut le développement 2013-2014 de 2 093 heures)** | **23177** | **26876** | **36009** | **-9133** | **3699** | - | **75%** | |
| **P.170.1** | **1.03.05.01-PS** | **Optimisation SAD 2011-2013 (Augmentation de 906 heures pour 2013-2014)** | **23177** | **26876** | **33916** | **-7040** | **3699** | - | **79%** | Écart négatif de 7 458 hres, comparativement à ± 10 000 en P7 de 13-14. |
| **P.180** | **1.03.06-PS** | **Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services** | **66,6%** | **68,9%** | **78,0%** | **-9,1%** | **2,3%** | | **88%** | Un plan d'action 2013-2015 est en cours pour réaliser la cible. |
| P.190 | 0 | Assurer la mise en place et l'animation, avec les partenaires de l'établissement, d'une table de concertation intersectorielle locale visant le vieillissement en santé et sécuritaire des communautés et l'ajustement en continue de l'offre de service aux personnes en PALV | 0 | Table de concertation en place et fonctionnelle | Table de concertation en place et fonctionnelle | 0 | 0 | + | 100% | En place et fonctionnelle. |
| | | ***Soins palliatifs*** | | | | | | | | |
| P.200 | 0 | Élaboration et mise en œuvre d'un programme de services en soins palliatifs | | Programme disponible et fonctionnel | Programme disponible et fonctionnel | 0 | 0 | + | 100% | Fonctionnel, réponse aux besoins, pas d'attente. Données IPO P13 12-13 : 198 usagers. Données IPO P13 13-14 : 196 usagers. |
| P.203 | 1.09.05-EG1 | Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile | 66 | 74 | 82 | -8 | 14 | -+ | 90% | Réponse aux besoins, il n'y a pas de liste d'attente. |
| P.206 | 1.09.06-EG1 | Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile | 13,8 | 10,93 | 21,33 | -10,40 | -2,87 | - | 51% | Notre infirmière pivot en oncologie fait des suivis « en ambulatoire » jusqu'à très tard dans l'accompagnement de l'usager ce qui réduit notre statistique « à domicile » : donc saisie statistique lacunaire. |
| | | ***DP DI TED*** | | | | | | | | |
| **P.210** | **1.41.05.01-EG1** | **Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoint en CSSS (mission CLSC)** | **83** | **80** | **n/a** | **n/a** | **-3** | **n/a** | **n/a** | |
| P.220 | 1.42.05.01-EG1 | Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC) | 11,9 | 18,8 | 18,8 | 0 | 7 | + | 100% | |
| P.230 | 1.45.05.01-PS | Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS | 100,0% | 100,0% | 90,0% | 10% | 0% | + | 111% | |
| | | ***Santé publique*** | | | | | | | | |
| P.240.1 | 1.01.12.B.1-EG2 | Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale) Année de référence prénatale | 0,13 | 0,17 | 0,50 | -0,33 | 0,04 | - | 34% | Départ d'une infirmière a freiné la progression. Question sur la pertinence d'appliquer une telle intensité SIPPE demeure pour nous et voudrions échanger. |
| P.240.2 | 1.01.12.B.2-EG2 | Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale) Année de référence postnatale 1 | 0,59 | 0,83 | 1,00 | -0,17 | 0,24 | - | 83% | |
| P.240.3 | 1.01.12.B.3-EG2 | Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale) Année de référence postnatale 2 | 0,19 | 0,22 | 0,50 | -0,28 | 0,03 | - | 44% | |
| P.240.4 | 1.01.12.B.4-EG2 | Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale) Année de référence postnatale 3 | 0,05 | 0,06 | 0,25 | -0,19 | 0,01 | - | 24% | |
| P.250 | 1.01.13-EG2 | Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AES) | 12,5% | 100,0% | 65,0% | 35,0% | 87,5% | + | 154% | |
| P.260 | 1.01.14-EG2 | Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccins contre la DCaT-Polio-Hib dans les délais prescrits | 89,9% | 90,3% | 90,0% | 0,3% | 0,4% | + | 100% | Méningocoque : maintien. Rubéole et oreillons : données ND. |
| P.270 | 1.01.15-EG2 | Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais | 82,2% | 81,2% | 90,0% | -8,8% | -1,0% | -+ | 90% | |
| P.280 | 1.01.16.01-EG2 | Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR) dans les délais | 0,0% | 0,0% | 90,0% | -90,0% | 0,0% | | 0% | |
| P.290 | 1.01.20-PS | Pourcentage des activités du PNSP implantées (par questionnaire aux 2 ans) PAL en santé publique mis à jour et fonctionnel | Questionnaire | Questionnaire | PAL en santé publique mis à jour et fonctionnel | n/a | n/a | n/a | n/a | Même si évalué aux 2 ans : l'actualisation des cibles du PAL vont bon train, ex. : vaccination des employés, formation des médecins en prévention du suicide, actions SHV, ITSS, prévention tabagisme, prévention des chutes. |

| N° | EGI | Directions et indicateurs / Période | Résultats 2012-2013 | Résultats 2013-2014 | Cibles Annuelles | Écarts Cibles | Écarts Années | Statut Évaluation | Statut Pourcentage | Bilan des résultats au 31 mars 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Période : 13 | Après la période 13 (se terminant le 31 mars 2014) | | | | | | |
| | | | 13 | 13 | | | | Atteinte / Non atteinte | Atteinte à la cible | |
| | | **Direction des services administratifs (DSA)** | | | | | | | | |
| | | ***Ressources humaines (RH)*** | | | | | | | | |
| A.10 | 3.01-PS | Assurance-salaire = Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées (global) | | | | | | | | Effets et rigueur d'application/suivis de nos plans d'action AS et MOI. Vases communiquant avec les autres chantiers RH : révision de l'organisation du travail, stabilisation des effectifs, etc. |
| | | Ratio (%) | 9,55% | 6,27% | 6,72% | -0,45% | -3,28% | + | 107% | |
| A.20 | 3.05.02-PS | Temps supplémentaires - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau (global) | | | | | | | | |
| | | Ratio (%) | 2,56% | 1,53% | 2,45% | -0,92% | -1,03% | + | 160% | |
| A.20.2 | 3.05.01-PS | Temps supplémentaires de la catégorie 1 (exclusivement infirmières) = Pourcentage des heures supplémentaires travaillées | | | | | | | | |
| | | Ratio (%) | 5,21% | 3,66% | 3,59% | 0,07% | -1,55% | -+ | 98% | |
| A.30.2 | 3.06.01-PS | Main-d'oeuvre indépendante (MOI) de la catégorie 1 (exclusivement infirmières) = Pourcentage de recours à la MOI | | | | | | | | |
| | | Ratio (%) | 5,79% | 0,47% | 4,76% | -4,29% | -5,32% | + | 1013% | |
| A.30.3 | 3.06.02-PS | Main-d'oeuvre indépendante (MOI) de la catégorie 1 (exclusivement infirmières auxiliaires) = Pourcentage de recours à la MOI | | | | | | | | |
| | | Ratio (%) | 4,07% | 0,00% | 2,37% | -2,37% | -4,07% | + | 100% | |
| A.30.4 | 3.06.04-PS | Main-d'oeuvre indépendante (MOI) de la catégorie 1 (exclusivement inhalothérapeutes) = Pourcentage de recours à la MOI | | | | | | | | |
| | | Ratio (%) | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | + | 100% | |
| A.30.6 | 3.06.03-PS | Main-d'oeuvre indépendante (MOI) de la catégorie 2 (exclusivement préposés aux bénéficiaires) = Pourcentage des heures supplémentaires travaillées | | | | | | | | |
| | | Ratio (%) | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | + | 100% | |
| A.40 | 3.07-PS | Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne (titulaires et offrant des services de première ligne | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | + | 100% | |
| A.50 | 3.08-PS | Pourcentage d'établissements ayant mis à jour leur plan de main-d'oeuvre | | Plan de MO mis à jour | Plan de MO mis à jour | | | + | 100% | |
| A.60 | 3.09-PS | Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision de processus de soins et de services et de réorganisation du travail | | Démarche réalisée | Démarche réalisée | | | + | 100% | |
| A.70 | 3.10-PS | Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle | | Programme de soutien en place et fonctionnel | Programme de soutien en place et fonctionnel | | | + | 100% | |
| A.80 | 3.13-PS | Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail | | Établissement affilié - Accréditation à venir | Programme d'amélioration en place et fonctionnel | | | - | | |
| A.90 | 3.14-PS | Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet mobilisation des ressources humaines | | Maintien des activités de l'établissement visant la mobilisation des RH | Maintien des activités de l'établissement visant la mobilisation des RH | | | + | 100% | |
| | | ***Ressources financières (RF)*** | | | | | | | | |
| A.140 | 0 | Équilibre budgétaire | 382 004 $ | 250 000 $ | 0 $ | 250 000 $ | -132 004 $ | + | 100% | Atteinte de l'équilibre budgétaire (surplus anticipé à la P13) |
| A.150 | 0 | Loi 100 | 12 081 $ | 65 520 $ | 54 196 $ | 11 324 $ | 53 439 $ | + | 121% | Atteinte de la cible |
| A.160 | 0 | Mesures d'optimisation | 200 000 $ | 121 345 $ | 302 390 $ | -181 045 $ | -78 655 $ | - | 40% | Non atteinte de notre cible financière projet HSLD mais malgré atteinte de notre ratio de 2,7 lits/100 personnes âgées de 65 ans et plus dans La Mitis |
| | | ***Ressources matérielles (RM)*** | | | | | | | | |
| | | ***Ressources informationnelles (RI)*** | | | | | | | | |
| A.260 | 6.01.01-EG2 | Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS) mises à jour dans les délais | 100% | 99% | 95% | 4% | -1% | + | 104% | |

| N° | EGI | Directions et indicateurs / Période | Résultats 2012-2013 | Résultats 2013-2014 | Cibles Annuelles | Écarts Cibles | Écarts Années | Statut Évaluation | Statut Pourcentage | Bilan des résultats au 31 mars 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Période : 13 | Après la période 13 (se terminant le 31 mars 2014) | | | | | | |
| | | | 13 | 13 | | | | Atteinte / Non atteinte | Atteinte à la cible | |
| | | **Direction générale** | | | | | | | | |
| G.10 | 2.02.02-EG2 | Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des ZONES GRISES en hygiène et salubrité | 80% | 90% | 80% | 10% | 10% | + | 113% | Nous sommes à 90% de réalisation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité. Atteinte de la cible de 80%. |

## 4.3 La Loi 100

**Loi 100**

Comme par le passé, la direction de l'établissement s'est assurée de mettre en place des mesures de contrôle permettant d'atteindre les cibles de réduction de budget prévues par la Loi 100. Au terme de la dernière année soit 2013-2014, la coupure cumulative totale de 10 % dans les services administratifs par rapport à l'année de référence 2009-2010 devait toucher en priorité les mesures suivantes : réduction de 25 % dans la publicité, les formations, les frais de déplacement et application de la mesure de non-remplacement d'une personne retraitée sur deux dans les services administratifs.

De ce fait, l'objectif de 10 % se traduit par des coupures de 360 311 $. Au 31 mars 2014, l'objectif n'a pas été entièrement atteint et la réduction a totalisé 5,84 % comparativement à une réduction de 8,37 % au 31 mars 2013 et de 7,61 % au 31 mars 2012.

Nous effectuons actuellement une analyse détaillée des derniers résultats pour bien cibler les secteurs qui nous permettront de rectifier la situation. Par la suite, des mesures additionnelles seront mises en place en conséquences.

**Autres mesures d'optimisation**

L'optimisation consiste à revoir les processus et les rendre plus efficients. Les mesures appliquées par le CSSS de La Mitis pour atteindre ces objectifs, sont réalisées en n'ayant aucun impact sur les services. Parmi les mesures réalisées, ou en cours de réalisation, notons le projet d'optimisation en CHSLD, les plans d'action concernant la réduction de la main-d'œuvre indépendante et des coûts en assurance-salaire.

L'objectif pour l'optimisation en 2013-2014 était de 302 390 $, et ce dernier, a été largement dépassé. Seul, le projet d'optimisation en CHSLD n'a pas permis les économies escomptées. Par ailleurs, suite à la mise en place de mesures concrètes, l'excellente performance de l'assurance-salaire (baisse de 522 098 $) et de la main-d'œuvre indépendante (MOI) (baisse de 356 304 $) ont permis amplement de compenser ce manque à gagner.

## 4.4 L'agrément

La visite des évaluateurs d'Agrément Canada s'est effectuée en octobre 2012 et a permis au Centre de santé et de services sociaux de La Mitis d'obtenir un statut d'établissement agréé.

L'établissement s'est conformé à 93,2 % des dimensions de la qualité, à 93 % de l'ensemble des normes et à toutes les POR à l'exception d'une pratique de stérilisation.

Certaines mesures de suivi ont fait l'objet d'une attention particulière en prévention des infections, en gestion des médicaments, au laboratoire, en soins et services à domicile ainsi qu'à la direction et à la gouvernance; les preuves des mesures d'amélioration mises en place ont été acheminées à notre organisme accréditeur dans les délais prévus.

Les démarches de préparation en vue de la visite d'Agrément Canada à l'automne 2015 sont débutées. Ainsi, 15 équipes ont été formées dans l'objectif de répondre aux normes et aux pratiques organisationnelles requises (POR) par lesquelles sera évalué le CSSS de La Mitis.

## 4.5 La sécurité des soins et des services

Une formation rémunérée a été offerte à tous les employés et gestionnaires du CSSS de La Mitis dans l'objectif de promouvoir l'utilisation des AH-223-1, d'assurer une transition harmonieuse entre le nouveau et l'ancien formulaire et de préciser l'objectif visé par le processus de déclaration : l'amélioration continue de la qualité.

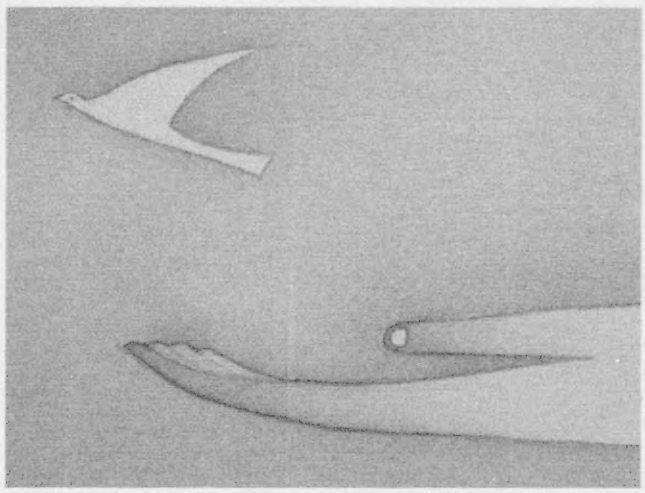
### 4.5.1 Application des mesures de contrôle des usagers

Après une analyse des données pour l'année 2013-2014, voici quelques-uns des constats :

- diversifier, analyser et questionner le besoin du résident;
- intervenir rapidement pour désamorcer la crise ou l'altercation;
- s'assurer que les besoins de base sont comblés.

### 4.5.2 Suivi aux recommandations du coroner

Aucune recommandation du coroner n'a été adressée au CSSS de La Mitis.



## 4.6 L'examen des plaintes

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés. Voici le bilan des activités réalisées au cours de l'année :

**Statistiques année 2012-2013**

- 40 plaintes
- 3 plaintes médicales
- 22 assistances
- 5 interventions
- 2 consultations

**Statistiques année 2013-2014**

- 20 plaintes
- 1 plainte médicale
- 11 assistances
- 2 interventions
- 15 consultations

| Délai de traitement des plaintes | Nombre |
|---|---|
| **ACTIF à la fin de la période** | 1 |
| **De 2 à 45 jours** | 19 |
| **De 45 et plus** | 1 |
| **TOTAL** | **21** |

Le commissaire à la qualité des services doit remettre ses conclusions à l'usager au plus tard 45 jours de la réception de celle-ci. Lorsque le délai ne peut être respecté, une demande est adressée à l'usager pour extension du délai du traitement de la plainte.

**Les principaux motifs de plainte ont pour objet :**

- l'accessibilité aux services;
- les droits particuliers;
- l'aspect financier;
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles;
- les relations interpersonnelles;
- les soins et services dispensés.

Pour avoir accès au rapport complet de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, rendez-vous sur le site du CSSS de La Mitis à l'adresse suivante : http://www.csssmitis.ca/

## 4.7 L'information et la consultation de la population

Le CSSS de La Mitis a sa page Facebook qui lui permet de diffuser et de recevoir de l'information de la part de ses différentes clientèles.

Aussi, l'établissement peut compter sur son site Internet pour diffuser de l'information. Des boîtes de réception de sondage de satisfaction sont disponibles à différents endroits dans l'établissement permettant ainsi à la clientèle d'apporter ses commentaires. Une analyse de ces commentaires est effectuée afin d'apporter des changements ou modifications au besoin.

# 5. CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI

## 5.1 Les membres du conseil d'administration (année 2013-2014)

Le président du conseil d'administration, monsieur Raymond Martel, a quitté ses fonctions après 17 années à titre de président de l'établissement. Monsieur Gilles-H. Tremblay a pris la relève en février 2014.

**Collège électoral : « Population »**
M. Claude Gagnon
M. Gilles-H. Tremblay, vice-président

**Collège de désignation : « Comité des usagers »**
Mme Annette Fortin
Poste vacant

**Collège de désignation : « Conseil multidisciplinaire (CM) »**
M. Philippe Gagné

**Collège de désignation : « Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) »**
Poste vacant

**Collège de désignation : « Conseil des sages-femmes »**
Mme Karine Dubon

**Collège de désignation : « Conseil des infirmiers et infirmières (CII) »**
Mme Nancy Sirois

**Collège de désignation : « Personnel non clinique »**
Mme Nadia Drapeau

**Collège de désignation : « Fondation »**
Mme Jeanne Gagné-Lévesque

**Collège de désignation : « Agence »**
M. Bernard Côté
M. Mario Dionne

**Collège de désignation : « Cooptation »**
M. Michel Briard
Mme Joëlle-Valérie Fournier (organisme communautaire)
Mme Francine B.-Lavoie
M. Raymond Martel, président sortant
M. Jean-Clément Ouellet
Poste vacant

**Directrice générale et secrétaire**
Mme Manon Dufresne

## 5.2 Conseils et comités sous la responsabilité du conseil d'administration

### 5.2.1 Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le plan d'effectifs médicaux en omnipratique est de 26 médecins.

#### Les faits saillants

- Cette année, le CMDP s'est concentré sur les recommandations du Collège des médecins suite à la visite de leur comité d'inspection professionnelle en mai 2013.

- Nominations et renouvellement des privilèges :
  - nomination du docteur Abderahmane Yessad, physiatre, à titre de chef du Département de médecine spécialisée;
  - renouvellement de statut et privilèges de tous les membres actifs, associés et conseils du CSSS de La Mitis;
  - nomination de la docteure Camille Beaulieu-Ouellet à titre de membre actif avec privilèges en omnipratique;
  - nomination du docteur Raymond Charest à titre de membre actif, avec privilèges en dentisterie.

- Recommandation au conseil d'administration de l'entente de service en radiologie et lettre d'appui au conseil d'administration pour le projet de développement du consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent.

- Adoption de 14 nouvelles ordonnances collectives et modifications de cinq ordonnances collectives déjà en place.

- Adoption d'un nouveau guide d'intensité thérapeutique (niveau de soins) et d'un guide de suivi des anticonvulsivants et du lithium.

- Adoption d'une procédure de réévaluation des contentions et d'une procédure de communication entre les médecins de garde à l'interne.

- Adoption du protocole infirmier « DRS (douleurs rétro-sternales) prise en charge » (PI-005), adoption du protocole d'administration des vaccins de désensibilisation (PI-006) et adoption de la procédure administrative « Procédure pour constat de décès attendu (appel aux médecins) » (DSP-023-PROC).

### 5.2.2 Le conseil des infirmières et des infirmiers (CII)

#### Les faits saillants

**Les réunions**

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers s'est réuni à sept reprises, dans le cadre de réunions planifiées, et à neuf dans le cadre de session de travail pour faire des recommandations sur des protocoles, ordonnances collectives et règles de soins infirmiers ainsi que pour donner des avis, commentaires et recommandations sur différentes demandes de consultation de notre instance.

Le comité exécutif a aussi tenu une assemblée générale annuelle le 15 mai 2013.

**Les activités**

Les activités du CII pour 2013-2014 ont été les suivantes :

- participation et planification de la semaine des infirmières mai 2013;
- organisation et tenu du colloque CII-CIR octobre 2013;
- remaniement partiel de l'exécutif du CII en novembre 2013;
- collaboration et soutien au CIIA;
- mise à jour du suivi des ordonnances collectives, règles de soins et protocoles;
- création, mise sur pied et participation active au comité de la relève : Isabelle Boulet et Stéphanie Dallaire.

**Les représentativités du CII aux différentes instances**

- Conseil d'administration: Nancy Sirois.
- Comité gestion des risques : Karianne Desrosiers.
- Comité pharmaco-nursing : Marie-Josée Brochu, Louise Dufour et infirmière clinicienne missions HSLD et URFI.
- Comité des pratiques cliniques : Louise Dufour, Marie-Josée Brochu et infirmière de chaque secteur organisationnel.
- Commission infirmière régionale : Mélanie Fournier.
- Comité Milieu de vie : Julie Turcotte (HSLD) et infirmière clinicienne mission HSLD.
- Agence et pilote du projet «approche adaptée» au CSSS de La Mitis : Isabelle Boulet et Marlène Lapointe.
- Comité TANDEM de l'Urgence mineure : Marlène Lapointe.
- Comité de la consolidation des équipes de travail en HSLD : Isabelle Boulet.
- Comité PCI : Marie-Josée Brochu et Nancy St-Pierre.
- Comité des soins palliatifs : Julie Turcotte (SAD).
- Comité des usagers : infirmière clinicienne mission HSLD.
- Participation à l'élaboration du cadre de référence régional « Soutien à l'intégration des compétences et à l'actualisation de la pratique professionnelle auprès de la clientèle adulte-aînée pour HSLD et SAD : Johanne Imbeault, Julie Turcotte (SAD), Manon Savard.

**Les avis, les recommandations ou commentaires**

Nous avons émis des avis, recommandations ou des commentaires sur les sujets suivants :

**Ordonnances collectives :**

- OC-001 - Initier contraception hormonale;
- OC-010 - Initier le prélèvement groupé croisé en prévision de transfusion sanguine;
- OC-011 - Traitement d'une infection urinaire - Femme de 18 ans et plus;
- OC-016-12 - Xylocaïne 2%-gelée;
- OC-017 - Port-A-Cath;
- OC-018 - Hypoglycémie;
- OC-022 - Exposition accidentelle aux liquides biologiques;
- OC-025 - Renouvellement et ajustement du plan d'action MPOC;
- OC-033 - Initier la fréquence prélèvements INR;
- OC-039 - Ajustement de la quantité d'insuline ultra-rapide à administrer aux repas;
- OC-SI-039 - Dépistage de l'hyperbilirubinémie – surveillance – suivi - traitement chez nouveau-né;
- OC-040 - Initier traitement de pommade pour lésion au mamelon.

**Règles de soins :**

- RSI-001 : Soins et traitement des plaies de pression;
- RSI-005 : Administration sécuritaire de la médication;

- RSI-0022 : Soins de pieds;
- PI-003 : (RÉVISION) Protocole diarrhées et vomissements.

### 5.2.3 Le conseil multidisciplinaire (CM)

#### Les faits saillants

Les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire se sont réunis à cinq reprises depuis la tenue de son assemblée générale annuelle le 25 septembre 2013. Des élections ont été nécessaires pour combler trois postes vacants lors de cette assemblée. Pour assurer une continuité dans les dossiers en cours et voir au bon fonctionnement du comité exécutif, les membres présents à l'assemblée ont accepté que le mandat d'un membre élu soit restreint à un an pour la présente année (au lieu de deux, tel que stipulé dans les règlements généraux).

**Réalisation des mandats du conseil multidisciplinaire**

- *Assurer la promotion des comités de pairs*
  Les membres du comité exécutif ont procédé à un recensement des différents comités de pairs existants, ainsi que des comités d'échanges professionnels de l'établissement.

- *Formuler des recommandations à la direction générale concernant les balises facilitant le travail du superviseur de stage*
  Les membres du comité exécutif ont formulé des recommandations à cet effet qui seront soumises au conseil d'administration du CSSS de La Mitis. Un avis va également être soumis à la direction générale.

- *Faire la promotion du conseil multidisciplinaire auprès de ses membres*
  Pour réaliser ce mandat, une démarche a été effectuée afin d'obtenir la collaboration de la coordonnatrice à la qualité-performance et aux communications du CSSS de La Mitis. Les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire cherchent ainsi à établir des moyens de communication efficaces pour rejoindre et stimuler la participation de ses membres.

- *Compléter l'avis sur les formations non obligatoires*
  Les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire poursuivent leurs démarches en vue d'être consultés annuellement à propos du plan de formation du CSSS de La Mitis.

**Fonctionnement du comité exécutif du conseil multidisciplinaire**

Les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire continuent d'innover dans le but d'améliorer le fonctionnement de leurs comités pairs par :

- une préparation préalable de la direction et de la présidence aux rencontres du comité exécutif;
- une participation des instances de l'organisation dans les processus de réflexion (exemple : la Direction des services administratifs pour la supervision de stagiaires);
- le support d'un agent administratif attitré au comité.

**Participation à des comités de travail du conseil d'administration**

Un membre du comité exécutif du conseil multidisciplinaire a participé au sous-comité sur l'alignement stratégique 2013-2015. La présence de deux membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire dans le processus Lean-Kaizen permet aux membres du comité de s'approprier cette importante démarche organisationnelle.

**Participation à différents comités de l'organisation**

Certains membres du conseil multidisciplinaire participent aux différents comités officiels de l'organisation contribuant ainsi à maintenir le milieu stimulant et novateur. Une collaboration de la présidence du conseil multidisciplinaire avec la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) est entamée pour favoriser un réseautage.

### 5.2.4 Le conseil des sages-femmes (CSF)

#### Les faits saillants

Cette année 2013-2014 a été florissante pour plusieurs projets portés par le conseil des sages-femmes. Nous espérons que ces réalisations aideront notre équipe dans la poursuite de ses engagements, soit d'offrir un service de haute qualité axé sur la sécurité et les besoins des familles qui s'acquittent de nos services.

Le CSF s'est réuni à cinq occasions (une assemblée générale annuelle, trois assemblées régulières du conseil exécutif et une assemblée spéciale).

Voici les principales actions posées :

- signature d'une entente entre le CSSS de La Mitis et le CSSS de Rimouski-Neigette qui donne une accessibilité aux femmes et aux familles d'un suivi sage-femme avec la possibilité d'un accouchement en centre hospitalier sous les soins de la sage-femme;
- mise en place d'une trajectoire en cas de débordement ou d'un manque de personnel sage-femme pour augmenter la sécurité des femmes et des familles;
- prix de reconnaissance de la Corporation Salus Global pour la réalisation du programme AMPRO dans son intégralité;
- mise en place d'un processus d'évaluation des sages-femmes sur une base trimestrielle et annuelle qui sera effective dès son approbation en assemblée générale annuelle. Cela nous permettra d'avancer dans l'établissement d'une politique d'attribution de contrat dans l'année qui vient;

- amélioration des relations entre les différents partenaires du milieu et établissement d'un meilleur dialogue avec les équipes GMF de la région;
- recommandation de l'embauche d'une sage-femme pour la période estivale 2013;
- élaboration d'un outil de travail par le comité de révision par les pairs.

### 5.2.5 Le comité des usagers et des résidents

#### Les faits saillants

Les membres du comité des usagers et les membres du comité des résidents sont deux comités distincts tel que prescrit par la loi, par contre ceux-ci tiennent leur réunion conjointement afin d'assurer la pérennité et ainsi solidifier la présence du comité dans l'établissement pour les années à venir.

Tel que prévu dans les nouvelles directives du ministère, le comité a atteint l'objectif demandé soit : utiliser judicieusement le budget pour la promotion du comité et la défense des droits des usagers. Ainsi, nous avons reçu la totalité de notre allocation budgétaire pour l'exercice 2013-2014.

L'année a débuté avec une activité dont l'objectif était de faire connaître à la population les soins offerts par le CSSS de La Mitis.

*Outils promotionnels réalisés :*
- blocs notes avec stylo;
- jeux de cartes;
- dépliants du comité;
- calendriers 2014;
- sacs pliants à provision;
- stylos;
- cartes de souhaits toutes occasions.

En août, une nouvelle structure est mise en place, proposée par Agrément Canada. Ce sont maintenant des membres des familles qui représentent les résidents. La réunion de septembre a rendu officielle cette nouvelle structure, qui semble de prime abord, beaucoup plus exigeante pour le comité. Celle-ci est encore en adaptation, mais tout semble être sur la bonne voie. Toutefois, en février c'est le retour du fonctionnement, tel que proposé par la loi des SSSS, du comité des résidents et celui des usagers. Un représentant des résidents siège au comité des usagers.

En octobre, la présidente a assisté au congrès Planetree avec plusieurs membres de l'établissement. Elle a assisté aussi au congrès RPCU avec la directrice des soins infirmiers, de la santé physique et de l'hébergement (DSISPH). Ce sont des évènements très enrichissants et tout organisme souhaiterait que ses membres puissent y assister.

Par le biais du calendrier 2014, la promotion du comité a été réalisée dans toutes les résidences intermédiaires et privées.

En novembre, les membres des familles ont commencé à utiliser une nouvelle fiche de satisfaction. Celle-ci répondra aux exigences de la DSISPH.

En décembre, le comité a organisé une fête de Noël pour les résidents, comme à la maison, avec la chorale Bérard Dupéré et ses amis.

En janvier, la DSISPH annonce la création d'un comité milieu de vie et deux membres du comité des usagers sont invités à y participer.

Tout au cours de l'année 2013-2014, les membres du comité des usagers et des résidents ont doucement intégré les différents secteurs d'activités du CSSS de La Mitis en créant des alliances et en suscitant une bonne collaboration des intervenants pour distribuer du matériel promotionnel auprès des usagers et des

résidents. L'objectif principal est de faire connaître le rôle du comité des usagers et du comité des résidents et surtout de multiplier les efforts pour mieux informer la population sur leurs droits.

Les membres du comité souhaitent continuer un travail d'équipe soutenu auprès des intervenants afin d'introduire « une valeur ajoutée » un petit plus qui permet de mieux aider les usagers et les résidents dans leur milieu de vie respectif.

### 5.2.6 Le comité de gestion des risques

Les membres du comité de gestion des risques ont tenu trois (3) réunions régulières au cours de la dernière année.

Le comité de gestion des risques est composé :

- d'une personne désignée par le comité des usagers;
- d'une personne désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- de l'infirmière en prévention des infections qui représente également le CII;
- d'une personne désignée par le conseil multidisciplinaire;
- d'une personne représentant le secteur des soins à domicile et des ressources intermédiaires;
- d'un gestionnaire désigné par la direction des soins infirmiers;
- de la gestionnaire des risques et de la qualité;
- de la directrice générale.

Ce comité a notamment pour fonction de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des clients;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance, incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents à des fins d'analyse des causes des incidents et accidents;
- recommander au conseil d'administration de l'établissement la mise en place de mesures de contrôle, s'il y a lieu;
- déterminer les mesures de soutien mises à la disposition du client et de ses proches, conformément à l'article 235.1 de la loi;
- s'assurer que des méthodes, des politiques, des procédures, des normes et des directives soient mises en place afin d'identifier, prévenir et réduire les risques, les accidents et les incidents;
- s'assurer de la mise à jour de telles méthodes, politiques, et autres, précitées;
- transmettre annuellement un rapport au conseil d'administration et, le cas échéant, des recommandations relatives à la gestion des risques et de la qualité;
- s'assurer que l'information et la formation appropriées soient diffusées dans l'établissement aux personnes concernées.

Les membres ont pris connaissance des dossiers suivants et initié les suivis requis :

- le portrait trimestriel des incidents et accidents survenus dans l'établissement inclus au registre local;
- l'état de situation périodique des infections au CSSS de La Mitis;
- l'analyse sommaire des principaux risques d'accidents mis en évidence par le système Gesrisk, système de surveillance locale;
- le suivi des évènements sentinelles;
- le suivi de la démarche d'agrément;
- la présentation de l'analyse prospective réalisée dans une ressource intermédiaire portant sur le circuit des médicaments;
- le recensement du nombre de clients par unité concernant le port de la contention;
- les étapes pour la mise en place du nouveau formulaire AH-223;
- le maintien des liens avec le comité de pharmaco-nursing et le comité de prévention des infections;

- la dispensation de sessions de formation liée à la déclaration des incidents et des accidents et les nouveautés concernant le nouveau formulaire AH-223;
- les résultats de la campagne de vaccination influenza à l'interne;
- la révision de la politique et la procédure de déclaration des incidents et des accidents;
- la participation à la Table régionale de la qualité;

La prochaine année en sera une de préparation en vue de la visite d'Agrément Canada à l'automne 2015. Un compte-rendu des activités sera fait à chaque rencontre du comité de gestion des risques.

### 5.2.7 Le comité des bénévoles

#### Les faits saillants

**Participation et transport aux activités spéciales de groupe**

- Partie de sucre à la chapelle, avec le centre de jour.
- Semaine du carnaval (tournée de bonhomme, bingo royal, couronnement).
- Fête des Pères à la chapelle, accompagnée d'un duo de chanteurs.
- Inauguration du bar laitier mobile.
- Fête de la St-Jean Baptiste au parc extérieur et dégustation de crème glacée.
- 2 dîners au restaurant Le Matelot à Baie-des-Sables, en juillet et août.
- Assister à un spectacle de cirque à la salle St-Jean Baptiste à Mont-Joli.
- Pèlerinage à Sainte-Anne-de-Pointe-au-Père.
- Visite du musée des Sœurs du St-Rosaire à Rimouski (6 août 2013).
- Fête de l'été à la chapelle.
- Spectacle de M. Bernard Larochelle, pianiste à la chapelle.
- Spectacle musical à la chapelle.
- Jeunes de l'école NorJoli pour distribuer des friandises à l'Halloween (31 octobre 2013).
- Semaine du loisir en institution, du 10 au 16 novembre 2013 (décorations, rigolothérapie, relever le défi à la chapelle).
- Décoration de la chapelle pour la période des fêtes (crèche, etc.).
- Célébration du pardon et messe de Noël à la chapelle (décembre 2013).
- Chorale les « Voix du Cœur » à la chapelle (7 décembre 2013).

*** Participation à quatre (4) réunions (23 avril, 25 juin, 22 octobre et 10 décembre 2013)
*** Accueil de trois (3) nouveaux bénévoles

**Participation régulière et spontanée**

- Ateliers de bricolage avec les intervenantes en loisirs.
- Messes et célébrations du dimanche.
- Bingo mensuel.
- Accompagnement individuel et visites d'amitié.
- Activité culinaire et café rencontre.
- Zoothérapie.
- Bibliothèque roulante et atelier de lecture.
- Jeu de cartes 1 fois/semaine (SkipBo).
- Accompagnement à la piscine.
- Étudiantes de l'école secondaire Le Mistral à tous les mois (jour 10). Parrainée par Caroline Bourdages, professeure responsable.
- Atelier de jardinage et de petite cuisine, etc.

## 6. LA FONDATION DU CSSS DE LA MITIS

La Fondation du CSSS de La Mitis a généré, pour l'année 2013-2014, des revenus de 85 602 $ provenant des dons in memoriam, campagne de financement, souper Saint-Valentin, tournoi de golf, spectacle et autres.

La Fondation a fait des déboursés et des remises de dons de l'ordre de 80 818 $.

En date du 31 mars 2014, la 14e campagne a recueilli 21 728 $. L'objectif est de 35 000 $. Le travail de nos présidentes d'honneur mesdames Minville n'a pas encore donné tous ses fruits. Nous en récolterons encore pendant plusieurs mois.

Nous sommes conscients que les années sont de plus en plus difficiles. Pour notre Fondation, le partenariat avec des entreprises et de nombreux bénévoles sont déterminants pour poursuivre le soutien du CSSS de La Mitis dans les projets reliés à ses trois missions : soit la mission CLSC, CHSLD et celle du Centre régional de réadaptation L'InterAction.

### UN DON POUR LA FONDATION C'EST UN DON POUR VOUS

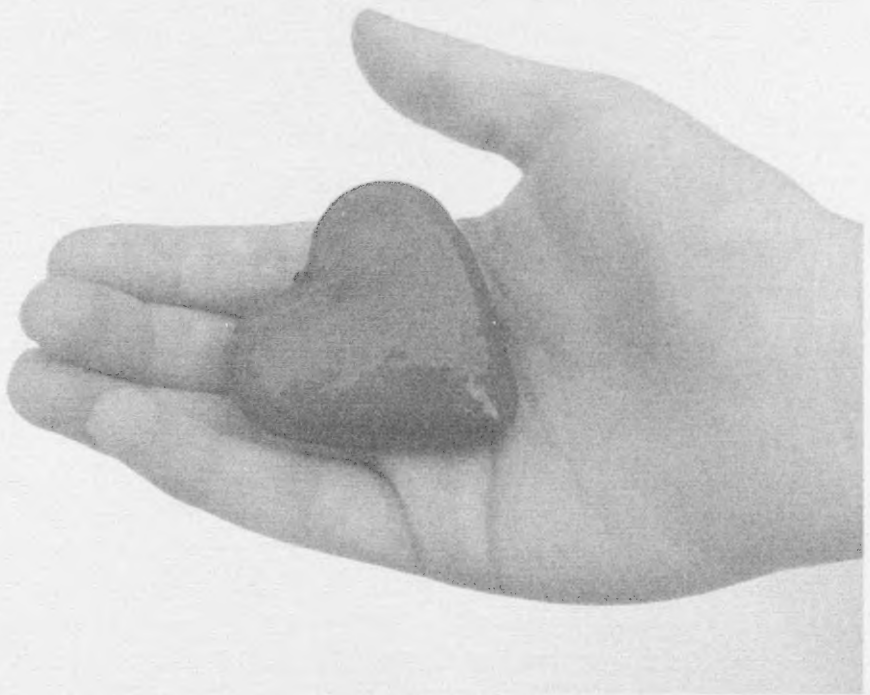
La Fondation du CSSS de LA MITIS

**2013-2014 - LES CONTRIBUTIONS ALLOUÉ POUR LES RÉSIDENTS EN HSLD, SLD, SOINS PALLIATIFS PHYSIOTHÉRAPIE COURTE DURÉE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE, MALADIE CHRONIQUE, SOINS PALLIATIFS, DÉFICIENCE MOTRICE ENFANT, IMAGERIE MÉDICAL :**

- fauteuils gériatriques Broda;
- chaises d'aisance;
- elliptique;
- tapis roulant;
- pompes à gavage;
- lit bariatrique pour obésité morbide;
- équipements bariatriques;
- remorque-vélo adaptée;
- coin douillet intérieur pour enfant;
- chaise d'imagerie.

## 7. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

| | Exercice en cours 2013-2014 | Exercice antérieur 2012-2013 |
|---|---|---|
| **Personnel cadre (en date du 31 mars) :** | | |
| Temps complet, nombre de personnes (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 24 | 26 |
| Temps partiel (excluant les personnes en stabilité d'emploi) : | | |
| - Nombre de personnes | 2 | 1 |
| - Équivalents temps complet | 1 | 1 |
| Nombre de cadres en stabilité d'emploi | 0 | 0 |
| **Personnel régulier (en date du 31 mars) :** | | |
| Temps complet, nombre de personnes (excluant les personnes en sécurité d'emploi) | 328 | 302 |
| Temps partiel (excluant les personnes en sécurité d'emploi) : | | |
| - Nombre de personnes | 197 | 198 |
| - Équivalents temps complet | 166 | 160 |
| Nombre d'employés en sécurité d'emploi | 0 | 1 |
| **Personnel non détenteur de postes (occasionnels) :** | | |
| Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice | 244 186 | 241 179 |
| Équivalents temps complet | 133 | 132 |



# 8. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

## 8.1. État des résultats

| Nom de l'établissement | | Code | | | Page / Ind. |
|---|---|---|---|---|---|
| CSSS de la Mitis | | 1104-3478 | | | 358-00 / |
| Fonds d'exploitation | | | exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE | | |

ÉTAT DES RÉSULTATS

| | | Budget | Activités principales | Activités accessoires | Total (C2+C3) | Exercice précédent |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| REVENUS | | | | | | |
| Subventions Agence et MSSS (P362) | 1 | 42 181 116 | 43 259 361 | 35 545 | 43 294 906 | 42 005 599 |
| Subventions Gouvernement du Canada (C2.P290/C3.P291) | 2 | | | | | |
| Contributions des usagers (P301) | 3 | 4 265 455 | 4 437 576 | XXXX | 4 437 576 | 4 713 264 |
| Ventes de services et recouvrements (P320) | 4 | 220 405 | 563 401 | XXXX | 563 401 | 399 704 |
| Donations (C2.P290/C3.P291) | 5 | | 6 993 | | 6 993 | 5 653 |
| Revenus de placement (P302) | 6 | 57 500 | 106 639 | | 106 639 | 83 527 |
| Revenus de type commercial (P351) | 7 | 269 550 | XXXX | 274 462 | 274 462 | 331 324 |
| Gain sur disposition (P302) | 8 | | | | | |
| ... | 9 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| ... | 10 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres revenus (P302) | 11 | 1 905 460 | 331 387 | 1 754 092 | 2 085 479 | 2 015 446 |
| TOTAL (L.01 à L.11) | 12 | 48 919 486 | 48 705 557 | 2 064 099 | 50 769 656 | 49 554 517 |
| CHARGES | | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2.P320/C3.P351) | 13 | 36 708 354 | 36 680 208 | 555 074 | 37 235 282 | 37 362 692 |
| Médicaments (P750) | 14 | 518 948 | 415 180 | XXXX | 415 180 | 489 942 |
| Produits sanguins | 15 | | | XXXX | | |
| Fournitures médicales et chirurgicales (P755) | 16 | 408 808 | 442 693 | XXXX | 442 693 | 417 985 |
| Denrées alimentaires | 17 | 568 760 | 499 861 | XXXX | 499 861 | 595 649 |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650) | 18 | 2 139 493 | 2 432 653 | XXXX | 2 432 653 | 2 203 420 |
| Frais financiers (P325) | 19 | | | XXXX | | |
| Entretien et réparations (C2.P650 c/a 7800) | 20 | 428 216 | 541 456 | | 541 456 | 476 334 |
| Créances douteuses (C2.P301) | 21 | | 22 683 | | 22 683 | 30 604 |
| Loyers | 22 | | 298 015 | | 298 015 | |
| ... | 23 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres charges (P325) | 24 | 7 880 530 | 5 892 351 | 1 506 190 | 7 398 541 | 7 743 597 |
| TOTAL (L.13 à L.24) | 25 | 48 653 109 | 47 226 699 | 2 061 264 | 49 286 963 | 49 322 423 |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25) | 26 | 266 376 | 1 479 858 | 2 835 | 1 482 693 | 232 094 |

| Nom de l'établissement | Code | Page / Idn. |
|---|---|---|
| CSSS de la Mitis | 1104-3478 | 200-00 / |

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉS

## ÉTATS DES RÉSULTATS

| | | Budget | Exploitation Ex courant (R de P368 C4) | Immobilisations Exercice courant (Note 1) | Total Ex courant C2+C3 | Total Ex préc |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| REVENUS | | | | | | |
| Subventions Agence et MSSS (FI.P406) | 1 | 45 004 115 | 43 294 906 | 2 662 981 | 45 957 887 | 42 431 661 |
| Subventions Gouvernement du Canada (FI.P294) | 2 | | | | | |
| Contributions des usagers | 3 | 4 265 455 | 4 437 576 | XXXX | 4 437 576 | 4 713 264 |
| Ventes de services et recouvrements | 4 | 220 405 | 563 401 | XXXX | 563 401 | 399 704 |
| Donations (FI.P294) | 5 | 30 000 | 6 993 | 228 407 | 235 400 | 156 163 |
| Revenus de placement (FI.P302) | 6 | 64 500 | 106 839 | | 106 839 | 105 056 |
| Revenus de type commercial | 7 | 289 550 | 274 462 | XXXX | 274 462 | 331 324 |
| Gain sur disposition (FI.P302) | 8 | | | 2 594 | 2 594 | 201 |
| | 9 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 10 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres revenus (FI.P302) | 11 | 2 005 460 | 2 085 479 | 97 556 | 2 183 035 | 5 595 250 |
| TOTAL (L.01 à L.11) | 12 | 51 879 485 | 50 769 656 | 2 991 538 | 53 761 194 | 53 732 623 |
| CHARGES | | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales | 13 | 36 708 354 | 37 235 282 | XXXX | 37 235 282 | 37 362 892 |
| Médicaments | 14 | 516 948 | 415 180 | XXXX | 415 180 | 469 942 |
| Produits sanguins | 15 | | | XXXX | | |
| Fournitures médicales et chirurgicales | 16 | 408 806 | 442 693 | XXXX | 442 693 | 417 985 |
| Denrées alimentaires | 17 | 568 760 | 499 861 | XXXX | 499 861 | 595 649 |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles | 18 | 2 139 493 | 2 432 853 | XXXX | 2 432 853 | 2 203 420 |
| Frais financiers (FI.P325) | 19 | 900 000 | | 892 299 | 892 299 | 909 296 |
| Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations | 20 | 434 216 | 541 455 | 47 677 | 589 132 | 487 705 |
| Créances douteuses | 21 | | 22 883 | XXXX | 22 883 | 30 604 |
| Loyer | 22 | | 298 015 | XXXX | 298 015 | |
| Amortissement des immobilisations (FI.P422) | 23 | 2 000 000 | XXXX | 2 135 531 | 2 135 531 | 1 823 761 |
| Perte sur disposition d'immobilisations (FI.P420, 421) | 24 | | XXXX | | | |
| | 25 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 26 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres charges (FI.P325) | 27 | 7 880 530 | 7 398 541 | | 7 398 541 | 7 743 597 |
| TOTAL (L.13 à L.27) | 28 | 51 569 109 | 49 286 963 | 3 075 507 | 52 362 470 | 52 064 851 |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28) | 29 | 320 376 | 1 482 693 | (83 969) | 1 398 724 | 1 667 772 |

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

## 8.2. État des surplus (déficits) cumulés

| Nom de l'établissement | Code | Page / Idn. |
|---|---|---|
| CSSS de la Mitis | 1104-3478 | 202-00 / |

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

| | | Fonds Exploitation Ex courant | Fonds immobilisations Ex courant | Total Ex courant (C1+C2) | Total Ex prec | Notes |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS | 1 | 2 535 174 | 1 487 533 | 4 022 707 | 2 354 936 | |
| Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser) | 2 | | | | | |
| Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser) | 3 | | 405 553 | 405 553 | XXXX | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L 01 à L 03) | 4 | 2 535 174 | 1 893 086 | 4 428 260 | 2 354 936 | |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE | 5 | 1 482 693 | (83 969) | 1 398 724 | 1 667 772 | |
| Autres variations: | | | | | | |
| Transferts interétablissements (préciser) | 6 | | | | | |
| Transferts intrafonds (préciser) | 7 | (898 471) | 898 471 | 0 | | |
| Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser) | 8 | | XXXX | | | |
| | 9 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | |
| TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L 06 à L 09) | 10 | (898 471) | 898 471 | | | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L 04 + L 05 + L 10) | 11 | 3 119 396 | 2 707 588 | 5 826 984 | 4 022 707 | |
| Constitués ces éléments suivants: | | | | | | |
| Affectations d'origine externe | 12 | XXXX | XXXX | | | |
| Affectations d'origine interne | 13 | XXXX | XXXX | 86 532 | 349 860 | |
| Solde non affecté (L 11 - L 12 - L 13) | 14 | XXXX | XXXX | 5 740 452 | 3 672 847 | |
| TOTAL (L 12 à L 14) | 15 | XXXX | XXXX | 5 826 984 | 4 022 707 | |

## 8.3. État de la situation financière

| Nom de l'établissement | Code | Page / Idn. |
|---|---|---|
| CSSS de la Mitis | 1104-3478 | 204-00 / |

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

| | FONDS | Exploitation | Immobilisations | Total Ex courant (C1+C2) | Total Ex préc |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ACTIFS FINANCIERS | | | | | |
| Encaisse (découvert bancaire) | 1 | 2 256 089 | 2 514 377 | 4 770 466 | 6 560 953 |
| Placements temporaires | 2 | 991 532 | | 991 532 | 951 417 |
| Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362 Fl:p408) | 3 | 1 705 686 | 2 171 811 | 3 877 497 | 2 981 824 |
| Autres débiteurs (FE:p360, Fl: p400) | 4 | 1 221 910 | | 1 221 910 | 1 106 185 |
| | 5 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Créances interfonds (Dettes interfonds) | 6 | 3 282 906 | (3 282 906) | 0 | |
| Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, Fl:p408) | 7 | 4 426 105 | (2 509 717) | 1 916 388 | 1 188 956 |
| Placements de portefeuille | 8 | | | | |
| Frais reportés liés aux dettes | 9 | | 64 074 | 64 074 | 54 965 |
| | 10 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 11 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres éléments (FE: p360, Fl: p400) | 12 | 684 171 | | 684 171 | 1 093 630 |
| TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12) | 13 | 14 568 359 | (1 042 361) | 13 526 038 | 14 337 829 |
| PASSIFS | | | | | |
| Emprunts temporaires (Fl: p403) | 14 | | 865 797 | 865 797 | 1 309 548 |
| Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, Fl: p408) | 15 | | | | |
| Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, Fl: p401) | 16 | 5 648 982 | | 5 648 982 | 7 006 350 |
| Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées | 17 | XXXX | 464 724 | 464 724 | 2 420 925 |
| Intérêts courus à payer (FE: p361, Fl: p401) | 18 | | 251 811 | 251 811 | 263 275 |
| Revenus reportés (FE: p290 et 291, Fl: p294) | 19 | 1 439 764 | 2 502 383 | 3 942 147 | 4 008 985 |
| | 20 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Dettes à long terme (FE: p361, Fl: p403) | 21 | XXXX | 25 775 617 | 25 775 617 | 23 202 437 |
| Passifs environnementaux (Fl: p401) | 22 | XXXX | 1 920 000 | 1 920 000 | 1 920 000 |
| Passif au titre des avantages sociaux futurs | 23 | 4 831 249 | | 4 831 249 | 4 798 664 |
| | 24 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres éléments (FE: p361, Fl: p401) | 25 | 253 637 | | 253 637 | 385 244 |
| TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25) | 26 | 12 173 632 | 31 870 332 | 44 043 964 | 45 315 428 |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26) | 27 | 2 394 727 | (32 912 693) | (30 517 966) | (30 977 599) |
| ACTIFS NON FINANCIERS | | | | | |
| Immobilisations (Fl: p420, 421, 422) | 28 | XXXX | 35 620 281 | 35 620 281 | 34 294 977 |
| Stocks de fournitures (FE : p360) | 29 | 565 462 | XXXX | 565 462 | 579 446 |
| Frais payés d'avance (FE: p360, Fl: p400) | 30 | 169 177 | | 169 177 | 125 883 |
| TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30) | 31 | 734 639 | 35 620 281 | 36 354 910 | 35 000 306 |
| CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT | 32 | | XXXX | | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32) | 33 | 3 119 366 | 2 707 588 | 5 826 954 | 4 022 707 |

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638.01 et 638.02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zero

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

## 8.4. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

| Nom de l'établissement | Code | Page / Idn. |
|---|---|---|
| CSSS de la Mitis | 1104-3478 | 206-00 / |

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

| | | Budget | Fonds Exploitation | Fonds Immobilisations | Total - Ex Courant (C2+C3) | Total - Ex Précédent |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS | 1 | 1 829 845 | 1 829 845 | (32 807 444) | (30 977 599) | (26 734 046) |
| Modifications comptables avec retraitement des années antérieures | 2 | | | | | |
| Modifications comptables sans retraitement des années antérieures | 3 | | | 405 553 | 405 553 | XXXX |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L. 01 à L.03) | 4 | 1 829 845 | 1 829 845 | (32 401 891) | (30 572 046) | (26 734 046) |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29) | 5 | 2 351 | 1 482 659 | (83 969) | 1 398 724 | 1 667 772 |
| VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS: | | | | | | |
| Acquisitions (F:P421) | 6 | 461 632 | XXXX | (3 460 835) | (3 460 835) | (7 656 797) |
| Amortissement de l'exercice (F:P422) | 7 | 2 000 000 | XXXX | 2 135 531 | 2 135 531 | 1 823 761 |
| (Gain)/Perte sur dispositions (F:P208) | 8 | | XXXX | (2 594) | (2 594) | (201) |
| Produits sur dispositions (F:P208) | 9 | | XXXX | 2 594 | 2 594 | 201 |
| Réduction de valeurs (F:P420, 421-00) | 10 | | XXXX | | | |
| | 11 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 12 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 13 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13) | 14 | 2 461 632 | XXXX | (1 325 304) | (1 325 304) | (5 833 036) |
| VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE: | | | | | | |
| Acquisition de stocks de fournitures | 15 | 1 375 000 | (4 701 207) | XXXX | (4 701 207) | (4 806 076) |
| Acquisition de frais payés d'avance | 16 | 95 000 | (169 177) | | (169 177) | (125 883) |
| Utilisation de stocks de fournitures | 17 | (1 475 000) | 4 725 201 | XXXX | 4 725 201 | 4 785 000 |
| Utilisation de frais payés d'avance | 18 | (92 649) | 125 883 | | 125 883 | 67 672 |
| TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L. 15 à L.18) | 19 | (97 649) | (19 300) | | (19 300) | (78 289) |
| Autres variations des surplus (déficits) cumulés | 20 | | (898 471) | 898 471 | 0 | |
| AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L. 05 + L.14 + L.19 + L.20) | 21 | 2 366 334 | 564 922 | (510 802) | 54 120 | (4 243 553) |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21) | 22 | 4 196 179 | 2 394 767 | (32 912 693) | (30 517 926) | (30 977 599) |

## 8.5. État des flux de trésorerie

| Nom de l'établissement | Code | Page / Idn. |
|---|---|---|
| CSSS de la Mitis | 1104-3478 | 208-00 / |

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

| | | Exercice courant 1 | Exercice précédent 2 |
|---|---|---|---|
| ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT | | | |
| Surplus (déficit) | 1 | 1 398 724 | 1 667 772 |
| ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE: | | | |
| Créances douteuses | 2 | 22 883 | 30 604 |
| Provisions liées aux placements et garanties de prêts | 3 | | |
| Stocks et frais payés d'avance | 4 | (19 300) | (78 289) |
| Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations | 5 | (2 594) | (201) |
| Perte (Gain) sur disposition de placement | 6 | | |
| Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations: | | | |
| - Gouvernement du Canada | 7 | | |
| - Autres | 8 | (439 067) | |
| Amortissement des immobilisations | 9 | 2 135 531 | 1 823 761 |
| Réduction de valeur des immobilisations | 10 | | |
| Amortissement des frais reportés liés aux dettes | 11 | 19 625 | |
| Amortissement de la perte(gain) de charge reportée | 12 | | |
| Amortissement de l'escompte et de la prime | 13 | | |
| Autres | 14 | | |
| TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.14) | 15 | 1 717 088 | 1 775 875 |
| Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement | 16 | (2 581 720) | (2 396 283) |
| Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16) | 17 | 534 092 | 1 048 364 |
| ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS | | | |
| Immobilisations: | | | |
| Acquisitions | 18 | (4 403 231) | (6 477 047) |
| Produits de disposition | 19 | 2 594 | 201 |
| Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19) | 20 | (4 400 637) | (6 476 846) |
| ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT | | | |
| Variation des placements de portefeuille: | | | |
| Placements effectués | 21 | | |
| Produit de disposition et de rachat de placements | 22 | | |
| Placements réalisés | 23 | | |
| Variation d'autres éléments: | | | |
| Subvention à recevoir - Réforme comptable | 24 | (341 680) | 1 899 323 |
| Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24) | 25 | (341 680) | 1 899 323 |

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

| ACTIVITÉS DE FINANCEMENT | | Exercice courant 1 | Exercice précédent 2 |
|---|---|---|---|
| VARIATION DES DETTES: | | | |
| Emprunts effectués - Dettes à long terme | 1 | 3 745 644 | |
| Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme | 2 | 1 780 039 | (1 013 073) |
| Emprunts remboursés - Dettes à long terme | 3 | (1 172 464) | |
| Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme | 4 | (1 780 039) | |
| Capitalisation de l'escompte et de la prime | 5 | | 19 625 |
| Capitalisation des gains ou pertes de change | 6 | | |
| Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation | 7 | | |
| Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations | 8 | 3 393 358 | 922 958 |
| Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations | 9 | 1 780 039 | |
| Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations | 10 | (3 747 109) | (132 479) |
| Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations | 11 | (1 780 039) | |
| VARIATIONS D'AUTRES ÉLÉMENTS: | | | |
| Fonds d'amortissement du gouvernement | 12 | | |
| Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement (L.01 à L.12) | 13 | 2 219 429 | (202 969) |
| AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P. 208-00, L.17 +L.20+L.25 + P. 208-01, L.13) | 14 | (1 968 996) | (3 732 128) |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT | 15 | 7 590 564 | 11 322 692 |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L. 14 + L. 15) | 16 | 5 601 568 | 7 590 564 |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT: | | | |
| Encaisse | 17 | 4 610 036 | 6 639 147 |
| Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois | 18 | 991 532 | 951 417 |
| TOTAL (L. 17 + L. 18) | 19 | 5 601 568 | 7 590 564 |
| AUTRES RENSEIGNEMENTS: | | | |
| IMMOBILISATIONS: | | | |
| Comptes à payer sur les immobilisations | 20 | 623 734 | 1 566 130 |
| INTÉRÊTS: | | | |
| Intérêts créditeurs (revenus) | 21 | 106 839 | 105 056 |
| Intérêts encaissés (revenus) | 22 | 108 099 | 115 426 |
| Intérêts débiteurs (dépenses) | 23 | 872 674 | 909 296 |
| Intérêts déboursés (dépenses) | 24 | 884 138 | 922 030 |
| PLACEMENTS TEMPORAIRES: | | | |
| Échéance inférieure ou égale à 3 mois: | | | |
| - Solde au 31 mars de l'exercice précédent | 25 | 951 417 | 924 711 |
| - Solde au 31 mars de l'exercice courant | 26 | 991 532 | 951 417 |
| Échéance supérieure à 3 mois: | | | |
| - Solde au 31 mars de l'exercice précédent | 27 | | |
| - Placements effectués | 28 | | |
| - Placements réalisés | 29 | | |
| - Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.27 + L.28 - L.29) | 30 | | |

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT

| | | Exercice courant 1 | Exercice précédent 2 |
|---|---|---|---|
| AVOIRS FINANCIERS | | | |
| Espèces, effets en main et dépôts en circulation | 1 | 210 646 | (553 215) |
| Débiteurs Agence-MSSS | 2 | (895 673) | (139 334) |
| Autres débiteurs | 3 | (110 252) | 26 680 |
| Créances interfonds et interétablissements | 4 | 469 791 | (956 910) |
| Intérêts courus à recevoir sur placement | 5 | (5 701) | 6 042 |
| Frais reportés liés aux dettes | 6 | (26 734) | |
| Autres éléments d'actifs | 7 | (77 596) | (12 268) |
| Provision pour créances douteuses | 8 | (5 491) | (30 604) |
| Escompte ou prime | 9 | | |
| Chèques en circulation | 10 | (29 270) | (457 968) |
| Créditeurs Agence-MSSS | 11 | | |
| Autres créditeurs et frais à payer | 12 | (414 972) | 462 365 |
| Intérêts courus à payer sur emprunts | 13 | (11 464) | 12 734 |
| Avance de fonds en fiducommis | 14 | | |
| Transfert du gouvernement du Canada à rembourser | 15 | | |
| Dettes interfonds et interétablissements | 16 | | |
| Provision pour perte sur les interventions financières garanties | 17 | | |
| Revenus reportés à court terme | 18 | | 973 199 |
| Passifs environnementaux | 19 | | |
| Avances en provenance des agences - enveloppes décentralisées | 20 | (1 956 201) | 2 111 017 |
| Autres éléments de passifs | 21 | 273 197 | (3 837 021) |
| Excédent des éléments du passif sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement (L 01 à L 21) | 22 | (2 581 720) | (2 396 263) |

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Numéro | Note

## 1. STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat d'offrir les services d'un centre local de services communautaires, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, d'un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience physique (auditive, visuelle, motrice ou du langage) et d'une urgence mineure.

Le siège social du centre est situé à Mont-Joli. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région du Bas-Saint-Laurent.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

## 2. PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

### Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

2

### Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et de passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels ainsi que sur les montants des revenus et des charges comptabilisés.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs, les coûts de réhabilitation et de gestion des passifs environnementaux.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

### Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans

égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

**Périmètre comptable**

Le périmètre comptable comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous contrôle de l'établissement, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du AS-471.

**Revenus**

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que l'établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

**Revenus provenant des usagers**

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

**Revenus d'intérêts**

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

**Autres revenus**

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

**Dépenses de transfert**

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

**Salaires**

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

**Charges inhérentes aux ventes de services**

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

**Débiteurs**

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

**Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts**

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

**Créditeurs et autres charges à payer**

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

**Dettes à long terme**

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

**Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec**

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

**Passifs environnementaux**

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé et qu'il est possible d'en faire une

estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2013-2014.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement concerné doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services Sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

**Avantages sociaux futurs**

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

**Régime de retraite**

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

**Immobilisations**

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Aménagements des terrains : 10 à 20 ans
Bâtiments : 20 à 50 ans
Améliorations locatives : Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements : 3 à 15 ans
Équipements spécialisés : 10 à 25 ans
Matériel roulant : 5 ans
Développement informatique : 5 ans
Réseau de télécommunication : 10 ans
Location-acquisition : Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

**Frais payés d'avance**

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

**Stock de fourniture**

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

**Instruments financiers devant être évalués à la juste valeur**

Conformément aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable.

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés engendrés ainsi que les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation, sont présentés à la note complémentaire 5.

**Comptabilité par fonds**

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds

d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

- le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux,aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations;

**Prêts interfonds**

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

**Classification des activités**

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

- activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

- les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

**Centres d'activités**

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

**Unités de mesure**

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

**Avoir propre**

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

## 3. MODIFICATIONS COMPTABLES

**Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable**

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Le solde du fonds d'immobilisation au 31 mars 2014 a été augmenté d'un montant de 405 553 $ correspondant à l'ajustement de la subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement. La subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable) a été augmenté du même montant.

## 4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 23 avril 2013.

## 5. INSTRUMENTS FINANCIERS

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposés par la Loi en ce sens, et par le fait que les données financières de l'établissement sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

### Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire. Cependant, selon le chapitre SP 3450 Instruments financiers, la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

## 6. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

L'établissement est exposé à divers risques par le biais de ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

### Risque de crédit

Dans le cours normal de son exploitation, l'Établissement effectue l'évaluation de la condition financière de ses clients sur une base continuelle et il examine l'historique de crédit pour tout nouveau client. L'Établissement ne court aucun risque significatif à l'égard d'un client unique.

## 7. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir

l'équilibre entre ses revenus et ses dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'établissement a respecté cette obligation légale.

## 8. PASSIF ENVIRONNEMENTAL

**Comptabilisation de passifs environnementaux mais aucun travail de réhabilitation entrepris :**

L'établissementest responsable de décontaminer un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation. À cet égard, un montant de 1 920 000 $ a été comptabilisé à titre de passifs environnementaux dans les états financiers au 31 mars 2014.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement des travaux.

## 9. ORGANISMES INCLUS DANS LE PÉRIMÈTRE COMPTABLE

Il n'y a aucun organisme inclus dans le prémètre comptable du CSSS de La Mitis.

## 10. FONDATION ET COMITÉ DES USAGERS

FONDATION DU CSSS DE LA MITIS

L'établissement a reçu 39 638 $ de la Fondation pour acquérir des équipements dont 34 389 $ ont été capitalisés au coût des immobilisations.

Un membre du conseil d'administration de l'établissement siège comme administrateur de la Fondation.

COMITÉ DES USAGERS

L'établissement lui a versé une allocation d'un montant de 16 946 $

## RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
**Centre de santé et de services sociaux de La Mitis**

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du **Centre de santé et de services sociaux de La Mitis** pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2014. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'évènements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du **Centre de santé et de services sociaux de La Mitis.**

### Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

### Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant de délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

### Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du **Centre de santé et de services sociaux de La Mitis** pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du **Centre de santé et de services sociaux de La Mitis** pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

## RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS
(suite)

**Opinion** (suite)

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problèmes décrit, les états financiers audités donnent, dans tous les aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du **Centre de santé et de services sociaux de La Mitis** au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets, des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

[1]

Mallette S.E.N.C.R.L.

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Mont-Joli, Canada
Le 13 juin 2014

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique A 104996

# 9. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT



Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la proble...atique » :
R : Reglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

| ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Description des réserves, commentaires et observations** | **Année 20XX-XX** | **Nature (R, O ou C)** | **Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée** | **État de la problématique au 31 mars 2014** | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | **R** 5 | **PR** 6 | **NR** 7 |
| ***Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers*** | | | | | | |
| Comme exigé par le MSSS, les paiements de transfert sont comptabilisés uniquement lorsque les paiements ont fait l'objet d'un vote à l'Assemblée nationale. | 2013-2014 | R | Aucune car directive du MSSS | | | X |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ***Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées*** | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ***Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres*** | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ***Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)*** | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ***Rapport à la gouvernance*** | | | | | | |
| Un plan directeur de la sécurité des actifs informationnels devrait être adopté. | 2013-2014 | O | Aucune | | | X |
| Les salaires ne sont pas tous approuvés par les personnes en autorité en temps et lieu. | 2013-2014 | O | Aucune | | | X |
| La description du système de compilation des unités de mesure n'est pas complète pour toutes les unités de mesure. | 2013-2014 | O | En processus de réalisation | | X | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## 10. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

### Préambule

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le **CSSS de La Mitis** et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du conseil d'administration du **CSSS de La Mitis** pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

L'éthique réfère à une manière d'agir qui fait appel à la créativité, à la responsabilité et à la réflexion sur la conduite humaine ainsi que sur les valeurs qui l'alimentent. Ainsi, les pratiques administratives du conseil d'administration trouvent leur sens et leur légitimité en s'appuyant sur les valeurs inscrites au code d'éthique de l'établissement, mais également sur les valeurs de gestion : la considération, la collaboration, la coresponsabilité, la qualité et la cohérence constituant autant de balises susceptibles de guider chaque prise de décision.

Dans cette optique, les membres du conseil d'administration du CSSS de La Mitis s'engagent à centrer leurs décisions et leurs actions sur la satisfaction des besoins, en matière de santé et de bien-être, de l'ensemble des clientèles desservies, de même que sur une offre de service accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de l'établissement et en conformité avec les orientations nationales et régionales.

Le présent document regroupe sous les rubriques de la conduite éthique et des règles de déontologie, l'ensemble des responsabilités que se reconnaissent les administrateurs du CSSS de La Mitis dans le contexte des trois grandes missions de l'établissement :

- CLSC centre local de services communautaires;
- CHSLD centre d'hébergement de soins de longue durée;
- CRDP centre de réadaptation en déficience physique.

De plus, le conseil d'administration du **CSSS de La Mitis** met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le **CSSS de La Mitis** est guidé par sa vision ainsi que des valeurs qui sont, entre autres, le respect des droits des usagers, l'équité dans son offre de service, une accessibilité et une continuité des soins et des services, une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel du **CSSS de La Mitis.** Enfin, le **CSSS de la Mitis** se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

## Dispositions générales

### Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent code.

### Objectifs généraux et champ d'application

Le présent code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'établissement **CSSS de La Mitis**, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration de l'établissement. En effet, ce code :

1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
5° Prévoit des mécanismes d'application du code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent code s'applique à tout administrateur de l'établissement du **CSSS de La Mitis.** Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

### Fondement

Le présent code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

## Définitions et interprétation

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent code, les termes suivants signifient :

a) **Administrateur** : un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
b) **Code** : le *code d'éthique et de déontologie* des membres du conseil d'administration de l'établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration;
c) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
d) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent code ainsi que sa révision, au besoin;
e) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
f) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;
g) **Conseil d'administration** : désigne le conseil d'administration de l'établissement;
h) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
i) **Établissement :** désigne le **CSSS de La Mitis**;
j) **Famille immédiate :** aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
k) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration de l'établissement;
l) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent code, incluant les règlements pertinents;
n) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement[1];
o) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;

**Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'établissement ou à l'établissement lui-même. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue

1. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration de l'établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'établissement participe;

p) **Gouvernance**[2] **:** à partir de la mission, la gouvernance englobe les valeurs, les règles et les processus sur lesquels l'établissement établit sa légitimité, détermine ses objectifs et ses plans d'action ainsi que les rôles et les responsabilités des instances internes;

q) **Éthique et déontologie**[3] **:** l'éthique est à ne pas confondre avec la déontologie. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs, des obligations et des règles d'un membre d'une profession ou d'une fonction, telle que celle d'être administrateur public. Un ou des manquements à ces règles déontologiques peuvent faire l'objet d'une ou de sanctions disciplinaires. L'éthique, quant à elle, porte davantage sur des principes moraux et de valeurs, elle est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre afin, pour tout conseil d'administration d'une organisation, de faire des choix judicieux, reposant sur une saine gouvernance et une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues, quant aux situations auxquelles l'organisation doit faire face. C'est en quelque sorte une discipline qui doit s'actualiser dans le respect des orientations nationales et régionales, tout en favorisant la mise en réseau avec les divers partenaires.

[2] AQESSS, « La gouvernance d'un établissement de santé et de services sociaux – document d'orientation pour les conseils d'administration », 2006, p. 13.
[3] Déontologie et éthique – définitions. AQESSS, janvier 2012.

## Principes d'éthique

*L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste*[4].

Les principes éthiques comportent un certain nombre d'engagements reliés aux relations entre les personnes, au bon déroulement des réunions et à la divulgation de l'information.

### Oeuvrer dans le respect de l'établissement

Je me familiarise avec l'énoncé de la mission du centre, ses objectifs, sa constitution, ses règlements et ses politiques afin de remplir les tâches associées à mes fonctions avec pleine conscience des priorités du CSSS telles qu'elles sont formulées par le conseil.
Je participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

### Oeuvrer dans le respect des personnes

J'agis de façon courtoise et de bonne foi de manière à préserver la confiance et la crédibilité reliées à ma fonction.
Je reconnais que les autres peuvent avoir des idées différentes.
Je m'efforce de comprendre le point de vue des autres.
J'évite toute forme de discrimination.
J'assume mon rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et de l'établissement.
Je suis sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

### Oeuvrer avec honnêteté et intégrité

J'agis avec loyauté et intégrité envers les membres du conseil d'administration.
Je m'abstiens d'engager le conseil d'administration ou la direction, à moins d'y avoir été mandaté expressément.
J'accueille positivement et je partage les informations permettant d'améliorer les interventions et le travail du groupe.
Je favorise les consensus et je recherche les terrains d'entente.
J'assiste aux réunions du conseil d'administration et prends une part active aux discussions.
Je m'oblige à prendre position sur toute proposition lorsque le vote est requis.
Je m'implique dans les activités de formation et d'information touchant mon rôle et ma fonction.
Je fais preuve d'un sens profond de solidarité.
Je peux m'abstenir de voter, voire même enregistrer ma dissidence sur toute décision prise par le conseil d'administration, mais par la suite, je me fais un devoir et une obligation de tenir des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration.

### Oeuvrer avec discrétion et en préservant la confidentialité

Je fais preuve de rigueur et de prudence et je m'assure de livrer une information pertinente et vérifiable.
Je m'abstiens de communiquer des renseignements protégés en vertu de la Loi sur l'accès à l'information ou d'une décision confidentielle du conseil d'administration.

---

4. Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

Je préserve la confidentialité des débats, échanges et discussions pendant et après l'expiration de mon mandat, et j'évite de donner des informations dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement ou constituer une atteinte à la vie privée.
Je respecte, en tant qu'administrateur, la politique de l'établissement sur les relations avec les médias.

## Règles de déontologie

*La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction et, dans ce dernier cas, celle d'administrateurs*[5].

Les règles de déontologie découlent des textes de loi identifiés dans le préambule de ce document. Elles portent particulièrement sur les devoirs et obligations reliés aux questions de conflits d'intérêts, d'activités politiques et aux pratiques de rémunération.

## Exercer ses fonctions de façon objective

Je dois dissocier de l'exercice de mes fonctions la promotion et la pratique d'activités professionnelles ou d'affaires.
Je dois faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques.
Je dois transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'établissement.
Je dois éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de mes fonctions.
Je dois éviter toute situation où il y a apparence de conflit d'intérêts, même s'il n'y a aucun conflit d'intérêts réel.
Je ne peux avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise, une association ou un projet qui met en conflit mon intérêt personnel et les devoirs de mes fonctions.
Si je me crois susceptible d'être en conflit d'intérêts, je dénonce par écrit mon intérêt au président du conseil d'administration et je m'abstiens de siéger et de participer à toute délibération ou décision, lorsqu'une question portant sur le sujet de mon intérêt est débattue.
Je ne peux rechercher, pour moi ou mon entourage, des avantages personnels dans l'exercice de mes fonctions. Je reconnais que mon statut ne me donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont je suis investi dans le cadre des travaux du conseil dont je suis membre.
Je dois m'abstenir de solliciter ou d'accepter d'une personne, de même que de verser ou de m'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur (ex. : favoriser l'embauche dans l'établissement, etc.) ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité et la loyauté dans l'exercice de mes fonctions.
Je dois refuser toute somme d'argent ou avantage direct ou indirect de quiconque, hormis les activités de représentation prévues par la Loi.
Je dois informer le conseil d'administration de mon intention de présenter ma candidature à une charge publique élective.
Je dois, en tant qu'administrateur, démissionné immédiatement de mes fonctions d'administrateur lorsque élu à une charge publique à temps plein. De plus, je dois démissionner de mes fonctions d'administrateur si je suis élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de me placer en situation de conflit d'intérêts.

5. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

## Administrateurs indépendants

L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

## Conflit d'intérêts

- L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent code.
- L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
  a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
  b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
  c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
  d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
  e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent code.
- L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).
- L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce

formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

- La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

## Fin du mandat

- Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

## Application du code

Adhésion au Code

Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent code ainsi que les lois applicables.

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement.

Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :

a) Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
b) Diffuser et promouvoir le présent code auprès des membres du conseil d'administration;
c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent code;
d) Conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent code;
e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) Réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) Évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.

Comité de discipline

Sur décision du président du CA ou advenant une situation impliquant directement ce dernier, un comité de discipline peut être formé en suivant les articles ci-dessous.

Le conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.

De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource extérieure au CA. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

Le Comité de discipline a pour fonctions de :

a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent code;
c) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

## Processus disciplinaire

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévus dans le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure disciplinaire, le cas échéant.

Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent code rempli par cette personne.

Le comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours ***(à titre indicatif)*** de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.

L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

Le comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du

possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent code.

- Tout membre du comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- Le comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- Le comité de discipline transmet son rapport au conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours ***(à titre indicatif)*** suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
  a) Un état des faits reprochés;
  b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
  c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent code;
  d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- En application de l'article 9.9 *d)* du présent code, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux*, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives*, (L.R.Q., c. A-21.1).

## Diffusion du code

- L'établissement doit rendre le présent code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.
- Le rapport annuel de gestion de l'établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

## Dispositions finales

- Entrée en vigueur
- Le présent code entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'établissement.
- Révision
- Le présent code doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement tous les quatre ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

## Conclusion

L'adhésion aux valeurs et aux règles inscrites au *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* traduit la motivation des membres du conseil d'administration à atteindre des standards élevés dans l'administration de l'établissement pour le meilleur intérêt de ce dernier, de la population et des clients desservis.
La force d'impact de ce code réside, certes, dans l'engagement de chacun et surtout dans la volonté d'inscrire au cœur de son action, de façon continue, un souci éthique et humaniste.

ANNEXE I
(ARTICLE 8.1.2 DE CE CODE)

Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur (trice) du conseil
Nom de l'administrateur
d'administration du **Centre de santé et des services sociaux de La Mitis** déclare avoir pris connaissance du code applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration, le **26 février 2013,** en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CSSS de La Mitis. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai, _____, pris connaissance du *Code d'éthique et de*
Nom de l'administrateur
*déontologie* des membres du conseil d'administration du **CSSS de La Mitis** et je m'engage à m'y conformer.

| | | |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| Signature de l'administrateur | Date | Lieu |
| _____ | | _____ |
| Nom du témoin | | Signature du témoin |

ANNEXE II
(ARTICLE 6.4 DE CE CODE)

Déclaration des intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur (trice) **du Centre de santé et des services sociaux de La Mitis** déclare les intérêts suivants :
Nom de l'administrateur

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le **CSSS de La Mitis** ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés.

3. J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

| Emploi | Employeur |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

Signature de l'administrateur _____ Date _____ Lieu _____

ANNEXE III
(ARTICLE 5.1 DE CE CODE)

Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné(e), _____, déclare par la présente, croire être dans
Nom de l'administrateur
une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration due aux faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

Signature de l'administrateur Date Lieu

ANNEXE IV
(ARTICLE 6.5 DE CE CODE)

Formule de déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné(e) _____, déclare par la présente, croire être en
Nom de l'administrateur
conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____
Signature de l'administrateur Date Lieu

ANNEXE V
(ARTICLE 6.8 DE CE CODE)

Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, estime que l'administrateur (ou les administrateurs) suivant(s) : _____ sont en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Nom de la personne

_____

_____

_____

_____

Je demande l'avis du comité de gouvernance et d'éthique.

Je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, (L.R.Q., c. A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

_____ _____ _____

Signature de la personne Date Lieu

ANNEXE VI
(ARTICLE 9.5 DE CE CODE)

Affirmation solennelle de discrétion de toute personne
chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire
édicté en vertu du présent code d'éthique

Je, soussigné(e)_____, affirme solennellement
Nom de la personne

que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

_____ _____ _____
Signature de la personne Date Lieu